الإرشاد الأسري للأطفال المعاقين عقلياً

" القابلين للتعلم "





دكتورة

ابتسام الحسيني عبد الحميد درويش









الإرشاد الأسري للأطفال
المعاقين عقليا
(القابلين للتعلم)

دكتورة
ابتسام الحسيني عبد الحميد درويش
معهد الخدمة الاجتماعية
بكفر الشيخ

الطبعة الأولى
2015م

الناشــر
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر
تليفاكس : 5404480 - الإسكندرية



بسم الله الرحمن الرحيم

لا يكلف الله نفسا إلا وسعها لها ما كسبت وعليها ما اكتسبت

ربنا لا تؤاخذنا إن نسينا أو أخطأنا ربنا ولا تحمل علينا إصرا

كما حملته على الذين من قبلنا ربنا ولا تحملنا ما لا طاقة

لنا به واعف عنا واغفر لنا وارحمنا أنت مولانا فانصرنا

على القوم الكافرين

صدق الله العظيم

سورة البقرة ٢٨٦



إهــــداء

إلى أبي ... رحمه الله

إلى أمي ... رمز الوفاء والعطاء

إلى قرة عيني ... (أحمد عز صدقي)

إلى زوجي الحبيب (جمال أبو الفضل)

محبة .. ووفاء .. وعرفانا

المؤلفة



شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين حمداً يوافي نعمه ويكافئ مزيده وفضله، فيارب لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، **﴿الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله﴾** واشهد ألا إله إلا الله وحده، وأصلي وأسلم على من لا نبي بعده سيدنا محمد ﷺ، وبعد.

فليس لي أن أدعي تفردي بإنجاز هذا العمل دون مساعدة من علماء أجلاء، وأصدقاء أوفياء، وأهل صابرين فضلاء، بذلوا ما في وسعهم من البدء إلى المنتهى، وانطلاقاً من قوله تعالى **﴿ولا تنسوا الفضل بينكم﴾**، وقوله عز وجل في حديثه القدسي **(عبدي إذا لم تشكر من أجريت لك الخير على يديه لم تشكرني)**، وعملاً بقوله ﷺ **(من أسدى إليكم معروفاً فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه به فادعوا له)** وقوله ﷺ **(لا يشكر الله من لم يشكر الناس)** فإنه يطيب لي أن أتقدم إليهم جميعاً بالشكر والتقدير.

ومن ثم فإنه يطيب لي أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير والاعتراف بالفضل والجميل إلى أستاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة/ آمال عبدالسميع باظة أستاذ الصحة النفسية ووكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث بكلية التربية جامعة كفرالشيخ لتفضلها بالإشراف على البحث، والتي أعطتني من وقتها الكثير، ومن علمها ما أنار لي الطريق، والذي لمست فيها العطاء الوفير

ورعايتها وعنايتها الإنسانية التى تسمو إلى درجة الأمومة الحقيقية لطلابها مهما قدمت من شكر وتقدير أظل عاجزةً عن الوفاء بحقه. فالله أسأل أن ينعم عليها بوافر الصحة والسعادة وأن يحفظها من كل هم وسوء ومكروه إنه على كل شئ قدير، و ألا يحرمنا مزيداً من أفضالها وتوجيهاتها حتى يظل علماً يهتدى إليه طلاب العلم، فجزاها الله عنى خير الجزاء.

ويطيب لى أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير للدكتور/ صبحي عبدالفتاح الكفوري أستاذ م. ورئيس قسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة كفرالشيخ الذى كنت أنهل من فيض علمه وفكره وحسن أدبه، فكنت اشعر معه بالأستاذية والصداقة فى آن واحد، فهو الأستاذ حينما يوجهنى، فله الفضل ولتوجيهاته الأثر العظيم فى إنجاز هذا البحث، فمهما قدمت له من شكر وتقدير فإن قلمى ولسانى يعجزان عن الوفاء بحقه، فله منى اسمى آيات الشكر والتقدير والدعاء له بالصحة والعافية ليكون عوناً لى ولزملائى من الباحثين للوصول إلى جادة الطريق، وجزاه الله عنى خير الجزاء .

كما يسعدنى أن أتقدم بخالص شكرى وتقديرى للأستاذ الدكتور/ عادل عبدالله محمد أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة الزقازيق الذى شرفنى وأسعدنى بتفضله بالموافقة على مناقشة هذه الرسالة وعلى ما بذله من جهد فى قراءتها، فالله أسأل أن يمتعه وأسرته بالصحة والعافية وجزاه الله عنى خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية وعلم النفس التربوي، وكل من ساهم في إتمام هذا العمل فالله أسأل أن يجزيهم عني خير الجزاء .

والله أسأل أن أكون قد وفقت فيما قصدت، إن كان كذلك فلله الحمد والمنة، وإن كان غير ذلك فحسبي المحاولة والاجتهاد . قال رسول الله (ﷺ) من اجتهد وأصاب فله أجران ومن اجتهد وأخطأ فله أجر واحد . صدق رسول الله (ﷺ) وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب . صدق الله العظيم

الباحث



الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

- مقدمة الدراسة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مصطلحات الدراسة
- فروض الدراسة
- حدود الدراسة



مقدمة :

يعيش الإنسان منذ بداية حياته في عدد من السياقات المختلفة (الأسرة والمدرسة والرفاق والبيئة المهنية ... وغيرها) ولكن يظل السياق الأسري من بين هذه السياقات سياق بالغ التفرد والخصوصية ومن هنا كان تأثير الأسرة خطيراً على تكوين شخصية الفرد فهي الجماعة الأولية التي تنمو في أحضانها شخصية الفرد في سنوات حياته الباكرة والحاسمة.

وقد أشار حامد عبد السلام زهران (1980) إلى دور الأسرة وأثره الكبير على النمو النفسي للطفل خاصة أساليبها في تربية أبنائها ومعاملتها لهم وهو ما يطلق عليه بالاتجاهات الوالديه (حامد عبد السلام زهران 1980، ص20)

ويرى عبد الوهاب محمد كامل (1990) ان دور الأسرة يتزايد في الأهمية مع الطفل المتخلف عقلياً بالمقارنة إلى دورها مع الطفل العادي حيث يعاني الطفل المتخلف عقلياً من صعوبات في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين (عبد الوهاب محمد كامل 1990، ص 15)

فإن وجود طفل متخلف عقلياً في الأسرة يمثل عبئاً كبيراً عليها مما يؤدي الى اضطراب الوالدين ويجعلهما في حالة من الضيق والقلق عنى مستقبل هذا الطفل وتزيد حده الضغوط مع تقدم الطفل في العمر **(Amnmaria , 1992 . p 108)**

ويري محمد محمد شوكت (1992) أن ردود أفعال وجود طفل متخلف عقلياً في الأسرة لابد أن ينعكس بالتالي علي اتجاهات الآباء نحو تنشئة هؤلاء الأطفال حيث تلعب الاتجاهات الوالديه في التنشئة الاجتماعية دورا مهما في التوافق الاجتماعي للمتخلفين عقلياً (محمد محمد شوكت 1992 ، ص18)

لذلك فإن تدريب الوالدين علي أساليب التعامل المناسبة مع الطفل المعاق عقلياً يؤدي للارتقاء بالقدرة العقلية العامة للطفل (أنس محمد قاسم 2000،ص 186)

أما فيما يخص الإرشاد النفسي فقد يكون له دور في تحسين الظروف البيئية التي يعيش الطفل فيها عن طريق تخفيف الضغوط الملقاة علي الأم وذلك بإرشاد والديه وتبصيرهم بخصائصه ومطالب نموه . وتدريبهما علي كيفية التعامل معه وتشجيعهم علي تقبله وتنمية دافعيتهما لرعايته في الأسرة وإكسابهما المهارات في التعامل لتخفيف حدة الاضطرابات السلوكية والوجدانية (لطفي بركات احمد، 1984، ص9)

وبالنسبة للدراسات والبحوث التي تناولت البرامج الإرشادية بصفة عامة مع الأطفال المعاقين عقلياً مثل (هامس وآخرون، 1985 ؛ ستيوارد وآخرون، 1995 ؛ سهير حلمي محمد، 1995 ؛ عايدة علي قاسم، 1996 ؛ رشا محمد احمد، 1999 ؛ يارا فهمي سالم، 2003) في كفاءة مثل هذا النوع من البرامج الإرشادية في التعامل مع مشكلات الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم". وبصفة خاصة

دراسة (آمال محمود عبدالمنعم، 2006) التي أكدت على فعالية مدخل الإرشاد النفسي الأسري في التغلب على المشكلات التي تعاني منها أسر الأطفال المعاقين عقلياً.

وفيما يخص المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"؛ فمثلاً بالنسبة للسلوك العدواني: فقد جاءت نتائج البرامج الإرشادية الأسرية تخفيفاً في السلوك العدواني لديهم؛ كما في دراسة(Takahashi , 1994) ودراسة (سهير محمود، 1997) ودراسة (Erickson, 2000) ودراسة (Novkovic, et. al., 2000) وأخيراً دراسة (Douma , et al., 2006).

- بالنسبة للاكتئاب: فقد جاءت نتائج البرامج الإرشادية الأسرية تخفيفاً في الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" كما في دراسة (Regan , 1989) ودراسة (Nishida & Kuroda , 2003).

- بالنسبة للقلق: فقد جاءت نتائج البرامج الإرشادية الأسرية تخفيفاً في القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" كما في دراسة (Kato, 2003) ودراسة (Nishida & Kuroda , 2003).

مشكلة الدراسة :-

تؤثر مشكلة الإعاقة على الأسرة تأثيراً مباشراً حيث يسبب قدوم طفل معاق عقلياً مشكلات عاطفية ووجدانية

وسلوكية واقتصادية واجتماعية متعددة وغالباً ما تنتاب الأبويين مشاعر متباينة من الحزن والخوف والحيرة والقلق والشفقة والغضب والحسرة نتيجة اكتشاف أن ابنهم يعاني من إعاقة عقلية . والبعض قد يستجيب بالرفض أو عدم استيعاب الحقيقة وهي أن ابنهم سيكون غير قادر على مواصلة الدراسة العادية أو ممارسة حياته العادية كالآخرين من الأطفال . (عثمان لبيب فراج، 2002، ص45)

وتشير سهير محمد كامل (1998) إلى معاناة والدي الأطفال المعاقين عقلياً من العديد من مظاهر السلبية والمشاعر التي يسببها الموقف ومن الضغوط الانفعالية مع أنفسهم فكثيراً يحدث أن يشعر آباء الأبناء المعاقين عقلياً أنهم يختلفون عن باقي الآباء الذين ينعمون بأطفال عاديين .(سهير محمد كامل، 1998، ص23)

كما تشير نادية بنا (1998) إلى أن الوالدين يعانيان في بداية معرفتهما بحالة ابنهما المعاق عقلياً بصدمة شديدة تتحول تدريجياً إلى مرارة الألم ومشاعر الإحباط مما يؤدي إلى الاكتئاب، الأمر الذي يؤثر على الوالدين وعلى قدرتهم على مواجهة مشكلة الابن المعاق عقلياً . مفاده ما يتوقع الوالدين دائما الكمال والسوية لأطفالهم حديثي الولادة لذا فأي شيء أقل من المتوقع يمثل صدمة لهما . إن أي أسرة وكل أسرة عندما تعلم أن طفلها معاق عقلياً تشعر بالصدمة وترفض تصديق هذه الحقيقة . كما تشعر بالاضطراب والارتباط ولكن تتفاوت درجات هذه المشاعر باختلاف

وتفاوت شخصية الوالدين وخبراتهم ونتيجة لذلك نجد أن بعض الأسر تقوم بحماية هذا الطفل حماية زائدة . بينما يرفض البعض الآخر تخلف الطفل أو يرفض الطفل نفسه فيميل لإهماله ويسيء معاملته (نادية بنا ، 1990، ص17).

ولما كانت كل أسرة تتمنى أن يتعلم طفلها مهما كانت درجة إعاقته . ولكي يكون التعلم الخاص بالمعاق عقلياً فعالاً . لابد من وجود علاقة وثيقة بين الطفل وأسرته ومشاركة كل أسرة بما يتفق مع ظروفها في العملية التعليمية وتأتي هذه المشاركة من خلال برامج إرشادية متخصصة تساعد الوالدين على توعيتهم بمشكلة أبنائهم وأفضل أساليب التعامل معهم للاستفادة من قدراتهم لأقصى حد ممكن . (إلهام أحمد كلثوم، 1990، ص7)

ولقد أثبتت دراسة " هيلين شكمان، Shokman . H أن بعض الآباء والأمهات يتعلقون تعلقاً غير موجه بأطفالهم المعاقين عقلياً بدافع الشفقة والرحمة والمحبة الزائدة ولا يعرفون كيف يواجهون المشكلة وبالتالي تكون استجاباتهم لحاجات أطفالهم إرضاء لمشاعر الفشل والخزي من إنجاب هذا الطفل وليس استكمالا لعملية التنشئة السليمة له .(نادية بنا، 1990 ، ص271)

ويتراوح رد فعل الوالدين بالنسبة لأطفالهم المعاقين عقلياً بين الخوف والحماية الزائدة أو الإصابة باليأس والإحباط تبعاً لدرجة الوعي الثقافي ومستوى التعليم وكذلك المستوى الاقتصادي من العوامل المسببة لمثل هذه المظاهر والتي تتطلب وضع برامج إرشادية

لهؤلاء الأسر ومحاولة التخطيط لتلك البرامج التي تهدف الي تحسين مستوي الرعاية الأسرية . (عاطف مصطفي مكاوي، 1991، ص584)

وفي دراسة لتحديد مشكلات أسر الأطفال المعاقين عقلياً وجد اندريبوند، Rebond . A ان الروابط بين الزوجين تتفكك وتضعف بقدوم طفل معاق عقلياً وتزداد النزاعات بين الزوجين حول أساليب الرعاية له . كما يؤثر الطفل المعاق عقلياً علي الأطفال الآخرين في الأسرة حيث يعجز الوالدين عن رعايتهم لأطفالهم الآخرين والعاديين في الأسرة .(كمال إبراهيم موسي، 1970، ص17)

هذا وقد أشارت العديد من الدراسات المتعلقة بالمعاقين عقلياً وأساليب رعايتهم خاصة التي هدفت إلي التعرف علي المشكلات السلوكية والوجدانية لأسر هؤلاء الأطفال وقد وجد أن تلك المشكلات تنشأ نتيجة للأسباب الآتية :-

- الاتجاهات السلبية والتي يكونها الوالدين والأخوة نحو الطفل المعاق عقلياً .
- جهل الوالدين بأساليب الرعاية والتعامل مع الطفل المعاق عقلياً .
- الطفل المعاق عقلياً قدرات عديدة وطاقات كبيرة لا يقدرها الوالدين تقديراً صحيحاً . (أحمد السيد محمد إسماعيل، 1993، ص77)

وأكدت أيضاً تلك الدراسات على ضرورة بناء برامج إرشادية لتعديل اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً وكذلك ضرورة التعرف على أساليب التعامل معهم وفهم طبيعة المشكلات المترتبة على وجود طفل معاق عقلياً بالأسرة. (ايفيلين مصطفى شاكر، 1990، ص251)

ومن هنا نشأت مشكلة الدراسة الحالية في أنها تحاول أن تختبر كفاءة برنامج إرشادي أسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية للأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"

وقد تم اختيار هذه المشكلات بناء على الدراسات السابقة كدراسة (مايكل ابستين ودوجلاس جولان (Mikeal Douglas)، (1985)، عفاف محمد عبد المنعم (1991)، كلير ستيوارد واخرون Clairestewart (1995)، فيولا البيلاوي (1998)، سعيد عبد الله ونيس، (1998) ونتيجة لتردد الباحثة على مؤسسة التربية الفكرية بحكم عملها والاطلاع على المشكلات وجد ان اكثرها تكراراً هي (السلوك العدواني القلق الاكتئاب)

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية :-

- ما فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"؟

ويتفرع منه الأسئلة الفرعية الآتية :

- ما فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"؟
- ما فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"؟
- ما فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"؟

- ما مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر؟

ويتفرع منه الأسئلة الفرعية الآتية :

- ما مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر؟
- ما مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر؟
- ما مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر؟

أهداف الدراسة :-

تهدف الدراسة إلى :

- الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

ويتفرع منه الأهداف الفرعية الآتية :

- الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".
- الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".
- الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

- الكشف عن مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر.

ويتفرع منه الأهداف الفرعية الآتية :

- الكشف عن مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر.

- الكشف عن مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر.
- الكشف عن مدى استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر.

أهمية الدراسة :-

1- يقدر عدد ذوي الاحتياجات الخاصة بنحو (500) مليون من مجموع سكان العالم، منهم حوالي 80 % بالدول النامية، وذلك حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية (1998) ويلاحظ أن هذه الإحصائيات تشمل ذوي الاحتياجات الخاصة الموجودين بالفعل داخل المؤسسات سواء بنظام العزل أو بنظام الدمج، ومعنى هذا أنه يوجد العديد من الحالات التي لم يتم تشخيصها أو تصنيفها، أو ذوي الإعاقات البسيطة، حيث يعتبر إدراجهم إلى إعاقات أكبر وأعمق وهي أكثر انتشاراً (أمال عبد السميع باظه، 2002، 20) . كما أن الإحصائيات الحديثة قد أشارت إلى أن نسبة فئة المتخلفين عقلياً (3%) من المجموع الكلي للسكان (وليد السيد خليفة، 2005، 10) .

2- أن الأسرة هي الخلية الأولى التي ينشأ وينمو فيها الطفل ومن ثم تقع عليها مسئوليات جسام في التكفل بأطفالهم أي كان شأنهم .

3- وجود طفل معاق عقلياً في الأسرة إنما ينعكس عليها وعلى الوالدين حالة من الإحباط.

4- إن وجود طفل معاق في الأسرة يستثير النزعات العصابية لدى الآباء، بل ويبرز مشاعر الصراع والتشاحن إلى سطح الحياة .

5- إن إحاطة الأسرة بالمشكلات السلوكية والوجدانية يعوقها عن أداء الأدوار المنوطة لها ومن ثم مشاركتها في عمليات التنمية الشاملة ولذا يجب مواجهتها والتخفيف منها لأفضل مستوى ممكن .

6- الاهتمام بالطفولة ومشكلاتها أمراً حتمياً نظراً لطبيعة الظروف التي يمر بها المجتمع المصري في الوقت الحالي من حيث الرغبة في النمو ومسايرة التقدم ويمكن أن تكون هذه الدراسة استجابة طبيعية لهذا الاهتمام وتمشياً مع السياسة العامة للدولة في هذا المجال .

7- تستمد الدراسة الحالية أهمية خاصة من كونها تتناول فعالية برنامج إرشادي أسري للتخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية (السلوك العدواني – القلق – الاكتئاب) للأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"

مصطلحات الدراسة :

البرنامج الإرشادي الأسري :

هو مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تتضمن خدمة مخططة تهدف إلى تقديم المساعدة المتكاملة للفرد حتى يستطيع

حل المشكلات التي يقابلها في حياته أو التوافق معها . (حامد عبد السلام زهران، 1980، ص10).

وتعرفه الباحثة إجرائياً في ضوء الدراسة الحالية بأنه : الخطة التي تتضمن عدة أنشطة مختلفة مثل الأنشطة الخاصة بكل من (التعبير عن المشاعر والأفكار والرغبات المعبرة عن بعض الاضطرابات، الجوانب الفنية التعبيرية، التعرف على أساليب التفكير عند الطفل، اختبار القدرات الجسمية والاحساس بالقدرة عن الضبط والتحكم فى المكونات وتوجيه الأعضاء نحو الأهداف المرغوبة، العمل الجماعي، الزيارات الميدانية والاحتكاك بالبيئة الطبيعية، التكوين والبناء والتشكيل من خلال استخدام بعض الخامات والمكونات التى يمكن ان تؤكد أن الطفل قادر على القيام ببعض الأعمال النافعة .... إلخ) . مستخدماً العديد من الفنيات الفردية والجماعية التي تهدف الي مساعدة الفرد علي الاستبصار بسلوكه والوعي بمشكلاته و تدريبه الجيد علي حلها وعلي اتخاذ القرارات اللازمة بشأنها .

الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" :

تعتبر هذه الفئة لديها قدرة علي الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة فيحتاج إلي برامج خاصة موجهه لإحداث تغير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعله مع الأخرين وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية لديه والمهنية وتستطيع تلك الفئة الاعتماد علي نفسها في مرحلة عمليات البيع

والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية أي المهارات الأولية للتعلم (آمال عبد السميع باظة، 2003، ص15).

المشكلات السلوكية والوجدانية :

هـي مجموعة من السلوكيات غير العادية التي يظهرها الطفل بصورة واضحة ومتكررة وتكون غير ملائمة للمرحلة العمرية للطفل، بحيث تصبح هذه السلوكيات غير مقبولة من المحيطين به فيسوء توافقه ويحتاج إلى تدخل إرشادي أو علاجي من المتخصصين (سهير محمد شاش، 2002، ص 181).

وهذا ما تتبناه الباحثة تعريفاً إجرائياً للدراسة الحالية.

ويتضمن البحث الحالي المشكلات السلوكية والوجدانية التالية:

أ- **السلوك العدواني :**

هجوم أو فعل محددان يمكن أن يتخذ أي صورة من الهجوم المادي والجسدي في طرف والهجوم اللفظي في الطرف الآخر ، وهذا السلوك يمكن أن يتخذ ضد أي شيء بما في ذلك ذات الشخص ، وأحيانا سلوكا ظاهريا مباشرا محددا ،وواضحا ، وأحيانا أخرى يكون التعبير عنه بطريقة إما إسقاطيه على الآخرين أو البيئة من حوله (آمال عبد السميع باظة، 2003، ص235).

تعرفه الباحثة إجرائيا على أنه "الاستجابة التي يقصد بها صاحبها توقيع الضرر المادي والنفسي بالذات أو بالآخرين" .

ب- القلق :

هو استجابة انفعالية ذاتية غير سارة متضمنة التوتر والخشيه والعصابية والانزعاج ويتصف بتنشيط وزيادة تنبه الجهاز العصبي الذاتي (صبحي عبد الفتاح الكافوري 1995، ص 10)

وتعرفه الباحثة إجرائياً في ضوء الدراسة الحالية بأنه : انفعال غير سار وعدم راحة واستقرار، وإحساس بالتوتر وخوف دائم بلا مبرر من الناحية الموضوعية .

ج- الاكتئاب :

هو أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحالة من الحزن الشديد وفقدان الحب وكراهية الذات والشعور بالتعاسة وفقدان الأمل وعدم القيمة والشعور بالوحدة (هشام إبراهيم عبد الله، 1991، ص82).

وتعرفه الباحثة إجرائياً في ضوء الدراسة الحالية بأنه : اضطراب في التفكير والوجدان يصاحبه مشاعر كآبه وحزن وافتقاد للقيمة والإحساس بالوحدة النفسية.

فروض الدراسة :

1- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب القياس البعدي.

2- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب المجموعة التجريبية.

3- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني.

4- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني.

5- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب القياس البعدي .

6- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب المجموعة التجريبية.

7- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب.

8- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة الاكتئاب

9- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق لجانب القياس البعدي.

10- يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة القلق لجانب المجموعة التجريبية.

11- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق.

12- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة القلق.

حدود الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية في ضوء ما يلي :-

أولاً: عينة الدراسة

○ عينة الأطفال: وتضم (30) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" الموجودين بمدرسة التربية الفكرية بمحافظة كفرالشيخ حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين قوام كل منهما (15) طفل وطفلة ؛ إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (6.5- 8.5) سنوات بمتوسط قدره (7.1)، وإنحراف معياري قدره

(1.88)، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (53- 69) بمتوسط قدره (58.9) وإنحراف معياري قدره (2.44).

- عينة الوالدين : وضمت والدي أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=30) بواقع (15) لكل مجموعة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (41- 57) سنوات بمتوسط قدره (47.2)، وإنحراف معياري قدره (3.88) بالنسبة للآباء، وبين (29- 44) سنوات بمتوسط قدره (34.45)، وانحراف معياري قدره (2.5) بالنسبة للأمهات، حيث تم تقديم البرنامج الإرشادي المستخدم للمجموعة التجريبية، حتى يقوموا بتدريب أطفالهم على كل ما تلقوه بداخل البرنامج في نطاق الأسرة، في حين لم يتلق والدي أطفال المجموعة الضابطة هذا البرنامج . وقد راعت الباحثة أن يكون الوالدين على قدر من التعليم حتى يتمكن الوالدين من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن استجابة الطفل .

ثانيا : أدوات الدراسة :-

وتضمنت الدراسة الأدوات التالية :

- مقياس بنيه للذكاء (الطبعة الرابعة)

تعريب وتقنين مصري عبدالحميد حنورة (2001).

- مقياس السلوك التكيفي (الجزء الأول)

تعريب وتقنين / فاروق محمد صادق (1985).

- مقياس المستوى الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي المطور للأسرة المصرية . إعداد / محمد بيومي خليل (2000).
- استمارة ملاحظة السلوك العدواني		إعداد الباحثة.
- استمارة ملاحظة الاكتئاب		إعداد الباحثة.
- استمارة ملاحظة القلق		إعداد الباحثة.
- البرنامج الإرشادي الأسري		إعداد الباحثة.

ثالثا : الأسلوب الإحصائي

نظراً لصغر حجم عينة الدراسة ، فقد تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية اللابارامترية كما يلي:

- اختبار مان ويتني **Mann-Whitney** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان غير مرتبطتين (تجريبية ضابطة).
- اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان مرتبطتين(قبلي- بعدي) (بعدي- تتبعي) (فؤاد البهي السيد ، 1979، 354- 358).
- المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين ؛ والتي تمثل الإحصاء الوصفي .

الفصل الثاني
الاستعراض النظري للدراسة

- مقدمة
1- الإرشاد الأسرى - مفهوم الإرشاد الأسري
- الاعتبارات الواجب مراعاتها في عملية الإرشاد الأسري
- الإرشاد الأسري لوالدي المعاق عقلياً
2- الإعاقة العقلية
- مفهوم الإعاقة العقلية - تصنيف الإعاقة العقلية
- تشخيص الإعاقة العقلية - خصائص المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"
3- المشكلات السلوكية والوجدانية
- مفهوم المشكلات السلوكية والوجدانية
- خصائص المشكلات السلوكية
- أشكال المشكلات السلوكية لدى المعاقين عقلياً
- السلوك العدواني - القلق
- الاكتئاب
- التراث السيكولوجي في الدراسات والبحوث للمشكلات السلوكية والوجدانية لدى المعاقين عقلياً .
- البرامج الإرشادية والتربوية في الدراسات والبحوث لدى الأطفال المعاقين عقلياً على بعض المشكلات السلوكية والوجدانية



مقدمة:

تعد الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الأبعاد بالنسبة للمجتمع المحيط من آباء وزملاء ومدرسين ومشرفين ..... إلخ . حيث يعاني أهل الطفل من مشكلات سلوكية ووجدانية قد تؤثر في تكيفه الاجتماعي وتفاعله مع الآخرين وتعمل تلك المشكلات على التقليل من استفادته من البرامج المقدمة له . وبالنسبة لنفسه لا يستطيع أن يحمي أو يعول نفسه. إلى جانب كونه مشكلة أسرية لما يصدر منه من سلوك سوء التكيف، كما أنه لا يميز بدرجة أو بأخرى بين خصائص الأشياء وطبيعة المدركات ؛ لذا بات الطفل المعاق عقلياً في حاجة إلى الإرشاد سواء بالنسبة له أم بالنسبة لوالديه ؛ لأنه لا يتعلم إلا إذا وجد من يعلمه كل صغيرة وكبيرة في حياته بما يتناسب مع قدراته العقلية المحدودة، فيحتاج إلى وقت طويل في التعليم والتدريب، وعلى هذا تعتبر التربية الخاصة من المبادئ الإنسانية السامية التي تنادي بحق كل فرد ذي احتياج خاص في الانتفاع بالخدمات التربوية التي تتضمن سمات وبرامج خاصة واستخدام التكنولوجيا الحديثة لمساعدته على النمو السليم والتعلم، والوصول به إلى أقصى مدى يتناسب مع ميوله واستعداداته وقدراته.

1- الإرشاد الأسري

يعد الإرشاد الأسري من أهم حاجات الأفراد في أي مرحلة عمرية وهو جزء من عملية التربية الشاملة التي تهدف بشكل عام

إلى جعل الفرد قادرا على مواجهة المشاكل وحلها ليكون قادرا على التكيف مع الحياة .

فهو احد الوسائل التي يستخدمها الأخصائيون والمهنيون والمعالجون من مختلف التخصصات العلمية في توجيه الأفراد والأسر والجماعات عن طريق بعض الأنشطة مثل إعطاء النصيحة أو وضع البدائل المساعدة في توضيح الأهداف وتقديم المعلومات التي يحتاجها العميل (احمد شفيق السكري، 2000، ص15)

1-1 - مفهوم الإرشاد الأسري

تعددت مفاهيم الإرشاد الأسري فنجد منها، محمد ماهر محمود عمر (1992) يعرف الإرشاد بأنه عملية تعليمية تساعد الفرد على أن يفهم نفسه بالتعرف على الجوانب الكلية المشكلة شخصية حتى يتمكن من اتخاذ قراراته بنفسه وحل مشكلاته بموضوعيه مجردة مما يسهم في نموه الشخصي وتطوره الاجتماعي والتربوي والمهني (محمد ماهر عمر، 1992، ص 46)

ويؤكد محمد محروس الشناوي (1994) أن الإرشاد هو عملية موجهة تعليمياً تتم في إطار بيئة اجتماعية بين شخصين أو مجموعة من أشخاص حيث المرشد وهو شخص متخصص وماهر في المعارف والمهارات يحاول مساعدة المسترشد بالطرق التي تناسب حاجاته في إطار برامج التوجيه التي تساهم في تحقيق أهداف دافعية ومحددة توصل إلى أكثر سعادة وإنتاجية في المجتمع (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 17)

كما أن العملية الإرشادية تقوم على زيادة استبصار الفرد فانها تؤكد بذلك عملية التعلم من حيث اهتمامها بتعديل أفكار الأفراد ومشاعرهم وسلوكهم نحو ذواتهم ونحو الأخرين ونحو العالم الذي يعيشون فيه، وتبدأ هذه العملية بتعلم دقة صياغة المشكلة حيث إنها المدخل لتحديد الاستجابة الدقيقة للمشكلة ومن هنا نقول أن الفرد أو الجماعة الذي يمد بخبرة إرشاد نفسي ناجحة فانه يمر بخبرة نمو وارتقاء في نفس الوقت (علاء الدين كفافي، 1999، ص11)

ويشير محمد ماهر عمر (1988) إلى أن الإرشاد الأسري هو الذي يؤكد على جميع الأطراف المعنية بالمشكلات الأسرية في نطاق الأسرة الواحدة اكبر من التركيز الفردي على كل عضو داخل الأسرة بمفردة فيتعامل المرشد النفسي الأسري مع الأسرة ككل باعتبارها وحدة مستقلة لها كيان منفصل عن الكيان الفردي لكل عضويتها (محمد ماهر عمر، 1988، ص498)

كما يوضح رمضان القذافي (1997) بأن الإرشاد الأسري نوع من التدخل العلاجي في نطاق الأسرة كمجموعة مترابطة ذلك من أجل أحداث تغير فيها ويتم النظر إلى الأسرة من خلال العلاقة الإرشادية كوحدة خاضعة بكاملها للإرشاد دون أن يكون موجها إلى شخص بعينه (رمضان القذافي، 1997، ص 247)

ويعرف حامد زهران (1998) الإرشاد الأسري بأنه عملية مساعدة أفراد الأسرة (الوالدين والأولاد وحتى الأقارب) فرادي أو

جماعات على فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية (حامد عبدالسلام زهران، 1998، ص 405)

ويشير شاكر محمد قنديل (1998) إلى أن الإرشاد الأسري يهدف إلى تغير وتعديل التفاعلات الثنائية والعلاقات الاجتماعية بين أعضاء الأسرة الواحدة من الاسوء إلى الأفضل ومن السلبية إلى الايجابية من أجل تدعيم سبل التواصل الجيد بينهم وإمداد الوالدين بالمعلومات الكاملة والدقيقة عن مشكلة الإعاقة والتخفيف من الضغط النفسي لديهم (شاكر محمد قنديل، 1998، ص109)

2-1 - الاعتبارات الواجب مراعاتها في عملية الإرشاد الأسري :

ويجب على المرشد أن يراعي بعض الاعتبارات عند العمل مع والدى الطفل المعاق وهي

- أن يوضح للوالدين طبيعة المشكلة التي يعاني منها طفلهما بأسرع وقت ممكن ولكن بطريقة موضوعية .
- أن يجتمع بكلا الوالدين كلما كان ذلك ممكنا فذلك يساعد على فتح قنوات التواصل بينهما ويعدهما للتعامل مع الوضع بطريقة أفضل .
- استخدام اللغة التي يستطيع الوالدان فهمها وتذكر ضرورة تجنب المصطلحات العلمية المتخصصة التي لا تعني شيئا للوالدين.

- مساعدة الوالدين على التعامل مع مشكلة الطفل على أنها مشكلة فهمهما وان عليها اتخاذ القرارات اللازمة فيما يتصل بالخدمات الأفضل لطفلها .
- مساعدة الوالدين على فهم مشكلة طفلهما فلا يتوقع أن الأمر واضح لهما .
- تزويدهما بالقرارات المناسبة ويعمل على إتاحة الفرصة لهما لمناقشة المشكلة (جمال الخطيب، 1993، ص 28)

3-1 - الإرشاد الأسري لوالدي المعاق عقلياً :

إن إرشاد والدى الطفل المعاق عقلياً عادة ما يكون له نتائج حاسمة ليس فقط في توجيه وإرشاد الطفل المعاق عقلياً ولكن في تحريك الأسرة نحو التفاؤل والنضج النفسي والاجتماعي والإشباع والرضا المتبادل بين أعضاء الأسرة وطفلهم المعاق عقلياً . ويمكن تقديم الإرشاد للوالدين بطرق شتي وان يشارك الوالدين في التخطيط لدعاية الطفل وتغير أنماط الرعاية بشكل دوري (فاروق محمد صادق، 1985، ص27)

ويوضح كمال إبراهيم مرسي (1994) بأن الإرشاد يهدف إلى مساعدة والدي الطفل المعاق عقلياً على تنمية ذاوتهم وعلاج مشاكلهم الزواجية والأسرية والمالية وغيرها حتي تكون الأسرة متماسكة وقادرة على رعاية الأبناء سواء كانوا متخلفين أو عاديين ومساعدة الأسرة على مواجهة الضغوط والمشاكل التي يتعرضون لها (كمال إبراهيم مرسي، 1994، ص 216)

وتشير ايمان فؤاد الكاشف (1995) إلى أن نجاح المعاق عقلياً في مراحل حياته المختلفة على مقدار ما يتحقق من اتجاهات لهذا الطفل والتي تتمثل في سلامه التوجيه وصحة النمو التربية الصحيحة وتفهم احتياجاته ومشكلاته بجانب التعليم الاكاديمي والتاهيل المناسب وأن أصعب المشكلات في التكيف الاجتماعي للمعوق لا تكون نتيجة خلل في نمط السلوك التكيفي عنده بقدر ما هو نتاج لبناء اجتماعي تسوده السلبية .(في : سوسن اسماعيل عبد الرحمن، 2002، ص 46)

ومن أهم المبررات التي تستدعي إرشاد والدى الطفل المعاق عقلياً كما لخصه كل من هيوارد ودراج (1978) فيما يلي:-

1- إن الوالدين بحاجة إلى نظام تعليمي مخطط له يساعدهم على تغير أنماط التفاعل مع طفلهما المعاق وهما بحاجة إلى مهارات جديدة للتفاعل مع الأخرين

2- إن الوالدين بحاجة إلى التحدث للآخرين عن محاولتهما الناجحة أو الفاشلة بضبط سلوك الطفل في المنزل وبالتالي من الممكن أن تؤدي المناقشة إلى نقد الاجراءات غير الفعالة وتطوير الاجراءات الفعالة .

3- إن الوالدين بحاجة إلى معرفة المؤسسات التي تقدم الخدمات لطفلهما المعاق عقلياً

4- إن الوالدين بحاجة إلى يطرحا الأسئلة ويحصلا على الإجابات المناسبة من المهنيين المتخصصين (في: سلامة منصور عبدالعال، 1997، ص ص170 – 171)

وقد أوضح فاروق محمد صادق (1995) المبررات لتعليم وا لدى الأطفال المعاقين عقلياً وإرشادهم ومن هذه المبررات .

1- المسئولية الشرعية :-

حيث إن الوالدين هما المسئولان عن الطفل وهما اللذان أتيا به إلى الوجود ولابد من تحمل المسئولية في رعايته .

2- مفهوم البيئة الكلية حول الطفل :-

فرعاية الطفل لا تتكامل إلا برعاية الخدمات حول الطفل الصحية منها والتربوية والاجتماعية والنفسية والتأهلية والتشريعية وغيرها حيث أثبتت البحوث منذ أوائل الستينات من هذا القرن انه كلما كانت الخدمات متكاملة في بيئة الطفل كلما اثر البرنامج أفضل .

3- الاكتشاف المبكر للإعاقة :-

فكلما اكتشفت الإعاقة في وقت مبكر وكلما بدأ برنامج تعليم الطفل وتأهيله في مرحلة مبكرة أيضا كلما كانت فعالية البرنامج اكثر احتمالاً وأبعد أثراً ومن ثم تعليم الوالدين وإرشادهم يمكن تبريره على انه دور أساسي وهام في حياة الطفل المعاق عقلياً (فاروق محمد صادق، 1995، ص220)

لذا فإن إرشاد آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً ضرورة حتمية يجعلهما أكثر استجابة وتوجيه وتوضيح للنماذج التدريبية السليمة . كما أنهم في أمس الحاجة إلى المشورة التربوية من آن لآخر لأهم المشاكل التي تواجه أبنائهما والتعرّف على طرق علاجها وكيفية التعامل معها بطرق مبنية على أسس تربوية سليمة مما ينعكس ذلك على تقدير الطفل لذاته وللآخرين .

2- الإعاقة العقلية :

1- 2- مفهوم الإعاقة العقلية :

تعددت وتنوعت تعريفات الإعاقة العقلية وفقاً لاتجاه دراستها، وفيما تعرض الباحثة تعريفات الإعاقة العقلية طبقاً للمحاور الآتية :

○ التعريفات الطبية :

بدأ الاهتمام الطبي بظاهرة الإعاقة العقلية قبل غيره من المجالات الأخرى. لذلك يعتبر التعريف الطبي أقدم التعريفات .

وتعرف الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه . أما الإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدويه أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها .(آمال عبد السميع باظه، 2003، ص ص 8- 9)

فى حين يرى كل من أحمد السعيد ، مصرى عبدالحميد حنورة (1991) الإعاقة العقلية بأنها توقف نمو الذهن قبل اكتمال نضوجه ويحدث قبل سن الثانية عشر لعوامل فطرية وبيئية ويصاحبه سلوك توافقى سيئ . (أحمد السعيد ، مصرى عبدالحميد حنورة ، 1991 ، ص84)

ويعرفها أحمد فهمي عكاشة (1992) بأنها توقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل مما يؤدى إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستغلال وانه عندما نتكلم عن العقل لا نعنى الذكاء فقط بل بكل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة . فيستطيع رفع رأسه من الوسادة في سن 4 شهور ويجلس دون مساعده عندما يبلغ 6 شهور . ثم يزحف فى سن (8- 9 شهور) ويقف وعمره عام ويسير بمفرده في 18 شهر وهنا يتحكم في عمليه التبرز ويبدأ في الكلام ويليها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر ويطعم نفسه في سن الثالثة ثم يتمكن من ليس ملابسه في الخامسة من عمره . (أحمد فهمي عكاشة ، 1992 ، ص 595)

ويعرف أحمد عزت راجح (1994) الإعاقة العقلية بأنها انحطاط فى الذكاء يجعل صاحبه عاجزاً عن التعلم المدرس وهو صغير وعاجز عن تدبير شئونه الخاصة دون اشراف وهو كبير . (احمد عزت راجح ، 1994 ، ص 421)

وتشير لوريا Luria (1983) بأن المعاق عقلياً هو ذلك الشخص الذي يعاني من أمراض دماغيه حادة في طفولته المبكرة وتؤخذ هذه الأمراض عن الارتقاء السوي للمخ . مما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية .
(Luria , 1983. P 10)

ويضيف عبد اللطيف موسى عثمان (1989) بأن الإعاقة العقلية من الجهة الطبية والعضوية هو عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي وبخاصة المخ نتيجة لأصابته بآفات مرضيه معروفه أو غير معروفه . (عبد اللطيف موسى، 1989، ص 15)

ويوضح جروسمان (1983) **Grossman** أن الإعاقة العقلية تشير إلى آداء عقلي عام دون المتوسط بدرجه داله ناتجة عن أو مرتبطة بتلف ملازم في السلوك التكيفي وظاهر خلال فتره النمو .
(Grossman , 1983 , p.14)

التعريفات الاجتماعيه :-

يعتمد بعض علماء علم النفس على الصلاحيه الاجتماعيه كمحك أساسي للتعرف على الإعاقة العقلية وتحديدها إذا يعرفه تريد جولد **Tred Gold** 1937 بانه (حاله عدم اكتمال النمو العقلى بدرجه تجعل الفرد عاجزا عن مواءمه نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصوره تجعله دائما في حاجه إلى رعايه وحمايه خارجيه .
(في : عبد السلام عبد الغفار، 1986، ص 25)

وقد اتجه دول Doll (1941) إلى تعريف الإعاقة العقلية بأنها حالة من عدم الاستطاعة الاجتماعية ترجع إلى الإعاقة في النمو العقلي وهذه الحالة غير قابلة للشفاء وإن الشخص المعاق عقلياً غير كفء اجتماعياً ومهنياً ولا يستطيع أن يسير أموره وحده وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية وأن تخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة ويستمر حتى بلوغه سن الرشد وترجع هذه الحالة إلى أسباب تكوينية في الأصل أو وراثية نتيجة الإصابة بالمرض. (في : كمال إبراهيم مرسي، 1999، ص 19)

ويطلق ساراسون Sarason (1953) اسم الإعاقة العقلية على اولئك الأفراد الذين يكونون دون متوسط الأفراد من نفس السن في الناحية الوظيفية العقلية لأسباب مؤقتة أو شبه دائماً (منذ الطفولة) وتكون قدرتهم على التكيف الاجتماعي معقولة وهؤلاء الأفراد يكون لهم القدرة على تعلم التكيف مع المجتمع. (في : فاروق محمد صادق، 1982، ص 10)

ويشير كمال سالم سيسالم (1988) إلى أن الإعاقة العقلية من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التفاعل مع الآخرين (كمال سالم سيسالم، 1988، ص115)

و قد وضع الاتحاد الأمريكي تعريف للإعاقة العقلية يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ونذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقته التفاعلية مع البيئة والذي نص على

أن الإعاقة العقلية هو قصور جوهري في الاداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا التصور عائقان أو أكثر في احدى مهارات التكيف التاليه : الاتصال والعنايه بالذات والمعيشه المنزليه، والمهرات الاجتماعيه والتعامل مع المجتمع المحلي، وتوجيه الذات والصحه والأمان، والمهارات الاكاديميه الوظيفيه، ووقت الفراغ والعمل، وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامنة عشر.
(Kevinl :1995 . P 713)

التعريفات التربويه :

يعتمد التعريف التربوى على قابليه الطفل للتعلم الاكاديمي أو المهاري الحسي الحركي أو عدم القدرة على قضاء حاجاته ومتطلباته الاساسيه بناء على ملاحظات المعلمين والآباء ودرجته ايضا في الاختبارات المعرفيه والعقلية التشخصيه ويعتبر الطفل معاق عقلياً تربويا إذا لم يستطيع التحصيل او الأداء تربوياً على المهام المطلوبة منه تعليماً لمن هم في نفس الفئة العمريه من العاديين .
(آمال عبدالسميع باظه، 2003، ص 10)

ترى الجمعية الوطنية للأطفال المعاقين عقلياً أن المعاق عقلياً شخص يعاني منذ الطفولة من صعوبة غير عاديه في التعلم وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلم في مواجهه مشكلات الحياة العادية . وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين ليستفيد من طاقاته مهما كانت . (محمد محروس الشناوي، 1997، ص 38)

و يعرف ديان بادلي وآخرون (2001) الإعاقة العقلي بأنه أداء عقلي أقل من المتوسط بدرجة دالة ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي يؤثر على أداء الطفل التعليمي (ديان بادلي وآخرون، 2001، ص 67)

وعرفت كرستين انجرام Christine Ingram 1953 الطفل المعاق عقلياً بأنه الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبه ذكائه بين (50- 75) وتطلق انجرام على هذا الطفل مصطلح (بطيء التعلم Slow Learner) وهؤلاء الأطفال يشكلون حوالي 18٪- 20٪ من طلاب المدارس . (عبد العظيم شحاتة مرسي، 1990، ص19)

لذا تعددت تعريفات الإعاقة العقلية، نظرا لمجال تناولها، حيث يلاحظ تركيز علماء الطب في تحديد المفهوم على دور الوراثة أو الأمراض التي تؤثر سلبا على انخفاض نسبة الذكاء بهدف تحديد المداخل العلاجية المناسبة لهؤلاء الأطفال، كما نظر علماء علم الاجتماع إليه من منظور نقص الكفاءة الاجتماعية والتكيف كمحك أساسي للتعرف عليهم، أما علماء التربية فقد ركزوا في تعريفهم على أساس القصور الواضح في نسبة الذكاء الذي يظهر تأثيره في الأداء الأكاديمي خاصة في السنوات الدراسية الأولى .

2-2- تصنيف الإعاقة العقلية

تعددت تلك التصنيفات فيما يلي سوف تذكر الباحثة أهم هذه التصنيفات وأكثرها شيوعاً :

التصنيف الكلينيكي الطبي :

يتم تصنيف تلك الفئة بناء على الشكل العام والخلل به للطفل مثل شكل الجسم مورفولوجياً وفسيولوجياً ، شكل الجمجمة وحجمها وطول القامه وتضم:

- متلازمة داون

و يرجع حدوثها إلى شذوذ فى توزيع الكروموسومات (الجينات) ووجود كروموسوم زائد واضطراب فى هرمونات الأم أثناء الحمل وإلى الآن الالمام بالأسباب غير كافى ويمكن أن يعود إلى اصابة الأم بالزهري أو السيلان اى الأمراض الجنسية المعدية وربما أيضاً لكبر العمر وسن الأم أكثر من 40 سنه إلا أن هناك حالات الأم أقل من 40 سنه وليس لديها أمراض من هذا النوع ويظهر عليه تشقق فى اللسان وحجمه كبير وصغر حجم الرأس والعينان متجهتان إلى أعلى ويعلوهما جفنان سميكان والحاجبان كثيفان والأنف أفطس صغير والاصابع قصيره لا يوجد بها عقل ولا يستطيع تطبيق الأصابع، ونسبة الوفيات بينهم عالية والطفل المنغولى وديع ويستطيع التقليد والمحاكاة ويعبر عن الفرح والسرور أو لديه تجاوب وجدانى . (آمال عبدالسميع باظه، 2003، ص 17)

وأظهرت العديد من الدراسات أن هناك مايزيد عن مائه سبب للإعاقة العقلية وأن هذه الأسباب جميعاً تعتبر مسئولة عن حوالي 25٪ فقط من حالات الإعاقة العقلية التى أمكن تميزها واكتشافها . (فتحى السيد عبد الرحيم، 1990، ص 97)

حيث لا ترجع الإصابة بالإعاقة العقلية إلى عامل واحد فقط وإنما تسهم فى حدوثه مجموع من العوامل المختلفه ذات الأصل التكوينى الوراثى أو البيئى وتؤدى هذه العوامل مجتمعه بعضا منها إلى إصابة الشخص بالنقص العقلى الذى اتفق على تسميته بالإعاقة العقلية . (رمضان محمد القذافى، 1996، ص23)

- عامل الرزيوس

يحدد هذا العامل مدى التطابق والانسجام بين دم الأم ودم الجنين أثناء فترة الحمل، وجدير بالذكر أن فصيلة دم الغالبية العظمى من الناس حوالى (85٪) تحمل **(RH,F)** موجب بينما تحمل أقلية منهم **(RH,F)** سالب، ويؤدى اختلاف دم الأم عن دم الجنين إلى تعرضه لعدم تكامل نضج كرات الدم الحمراء وتكسيرها، وزيادة نسبة الصفراء فى الدم مما يؤثر سلبيا على خلايا المخ ووظائفه، فإذا تزوجت أنثى تحمل فصيلة دمها **(RH,F)** سالب من رجل يحمل فصيلة دم **(RH,F)** موجب وورث الجنين عن أبيه **(RH,F)** موجب، فإن دم الأم يكون أجساما مضادة لدم الطفل قد يتسرب بعضها عن طريق الحبل السرى لدم الجنين، فتهاجمه وتتلف جزءا كبيرا من خلايا دمه أو تنهكها فتؤثر على

نمو الجنين وربما أدت إلى وفاته، وإذا كان تركيز هذه الأجسام المضادة في دم الأم عالياً، ووصلت إلى مخ الجنين فإنها تؤدي إلى إصابته بمرض (كيرنككتيرس) **Kernicterus** الذي يسبب التخلف العقلي والشلل السحائي والعمى (عبدالمطلب أمين القريطي، 2001، ص99).

- القدامه

وهي حالة من الضعف العقلي تتسم بقصر القامة بدرجة ملحوظة حيث لا يتجاوز طول الشخص 90سم ويقعون في البله أو العته وتعرف أحياناً بالقماءه . ومن الخصائص المميزة لهذه الفئة : قصر القامة والشعر الخشن الخفيف والشفتان الغليظتان واللسان المتضخم والرقبة القصيرة والسميكة والبطن البارزة المستديرة والصوت الخشن والجلد الجاف والنمو الجنسي المتأخر والحركة البطيئة والكسل الواضح . (عصام نور سريه، 2004، ص 18)

- استسقاء الدماغ

تتصف هذه الحاله بتضخم حجم الراس وبروز الجبهه وتحدث نتيجه لزياده السائل المخي الشوكي في بطينات الدماغ فيضغط على ماده المخ ويؤدي إلى تلف في أنسجته . ومن الملامح المميزه لهذه الحاله بالإضافة إلى تضخم الرأس: اضطراب حاستي السمع والبصر وعدم التوافق الحركي، كما يصاحبها نوبات صرع، يمكن علاج هذه الحاله إذا ما تم اكتشافها مبكراً عقب الولادة مباشرةً، عن طريق جراحه لتحويل مسار السائل المخي

الشوكى وتخفيف ضغطه على المخ . (علا عبد الباقى إبراهيم، 2000: ص 43)

- صغر الجمجمه

ترجع أسبابه إلى إصابة الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربية أثناء الحمل وخصوصاً فى الشهور الاولى أو التحام عظام الجمجمه مبكراً . ويظهر على الأطفال صغر حجم الجمجمة عن الحجم العادى ويكون شكل الرأس مخروطى . ويتميز بعدم القدرة على اكتساب اللغة ويكون لديهم نشاط حركى زائد .

- كبر حجم الدماغ

يتميز الأطفال بكبر حجم الرأس واضطراب الأبصار وترجع أسبابة إلى شذوذ فى الجينات المسؤلة عن تكوين انسجة الدماغ وفى هذه الحاله ليس بالضرورة أن يصاحب ذلك ضعف عقلى شديد لانه يترتب على ذلك مقدار وحجم الخلايا التى تم تلفها أو المصابه . (آمال عبدالسميع باظه، 2003، ص 18)

التصنيف الاجتماعى :

يعتمد هذا التصنيف على درجة نضج الفرد اجتماعياً والاعتماد على نفسه فى تصريف شئونه ومدى تعامله مع الآخرين ووفقا لهذا التصنيف وضعت فئات لحالات الإعاقة العقلية :-

- الفئة الاولى :- تضم الأفراد الذين لديهم انحراف سلبى بسيط عن المعايير الاجتماعية المقبولة ويمكنهم التكيف بدرجه مقبوله

نوعا ما وما يستطيعون الاعتماد على أنفسهم فى كثير من شئونهم الخاصة .

- الفئة الثانية :- وهى تشمل الحالات التى لدى افرادها انحراف سلبى واضح عن المعايير الاجتماعيه المقبولة ويمكنهم التكيف فى نطاق ضيق ويعتمدون على الاخرين فى الكثر من شئونهم .

- الفئة الثالثه :- وينطوى تحت هذه الفئة الأفراد الذين يعانون من انحراف سلبى عن المعايير الاجتماعية المقبولة ولا يمكنهم التكيف ويعتمدون على الاخرين فى كل شئونهم تقريبا .

- الفئة الرابعه :- تضم الحالات التى لديها انحراف سلبى شديد جدا عن المعايير الاجتماعية المقبولة ولا يستطيعون التكيف ويعتمدون على الآخرين اعتماد كليا . (محمود محمد منير، 2003، ص6)

التصنيف التربوى :

يعتمد هذا التصنيف على وضع الأفراد المعاقين عقلياً فى فئات تبعاً للقدره على التعليم وذلك من أجل تحديد انواع البرامج التربوية اللازمة لهؤلاء الأفراد ويستعان على تحديد القدرة على التعليم بمعرفه نسبه الذكاء باعتبارها اساسا معيارياً لتوضيح مستوى الاداء الوظيفى للقدره العقلية وتم تقسيمها كالتالى:-

1- بطىء التعلم (90- 70) نسبه ذكاء يلحقوا بالمدارس العاديه .

2- القابلون للتعلم (70- 50) فى مدارس خاصه يطلق عليها التربية الفكريه

3- القابلون للتدريب (50- 30) فى مدارس التاهيل المهنى وبعضهم بالتربيه الفكريه

4- الطفل غير القابل للتدريب (30) فاقل ويطلق عليه الاعتمادى على الآخرين و قد لا يلحق بهذه النوعيه من المدارس ويوجد بعض المدارس الخاصه تقبل هذه الفئة ومتعددى الإعاقة ايضا . (آمال عبد السميع باظه، 2003، ص14)

التصنيف القياسى النفسى (السيكومترى)

أكدت الآراء التاريخيه والمعاصرة على عدة أنواع من السلوكيات التى تعكس الذكاء وهى القدرة على التعلم واكتساب الخبره والحصول على المعرفه والقدرة على التفكير العقلى والتكيف مع الظروف المتغيره . ويمكن اعتبار السلوكيات التى تعكس القدرة على التعلم والمعرفه والتكيف على انها المظاهر الخارجيه أو النواتج النهائى لأكثر العناصر الأساسية وإن كان مدخلين لهذه العناصر إحداهما يسعى لوصفها على أنها قدرات عقلية أساسية بينما الاخر يركز على انها عمليات تستخدم فى حل المشكلة وبين هذين العنصرين يقدم فهما أساسيا للذكاء ويشتمل ايضا عناصر كانت للبحث فى الإعاقة الذهنية فى السنوات الاخيره. (سمير أبو مغلى وعبد الحافظ سلامه، 2002، ص 68)

وبناءً على ذلك لقد استخدم عدد من مقاييس الذكاء منها اختبار ستانفورد – بنيه (**Stanford-Binet**) واختبار وكسلر للأطفال (**Wechsler Intelligence Far Children**)

ولقد أخذ على هذه التصنيفات مسميات التي تنم عن التحقير والسخريه نحو هذه الفئات وذويهم فقد هجر الباحثون مثل هذه التقسيمات حفاظاً على مشاعر المعاقين وبناءً على ذلك تغيرت هذه المصطلحات السابقة إلى :-

1- الإعاقة العقلية الشديدة جداً

(Profound Mental Retardation)

2- الإعاقة العقلية الشديدة

(Severe Mental Retardation)

3- الإعاقة العقلية المتوسطة

(Moderate Mental Retardation)

4- الإعاقة العقلية البسيطة

(Mild Mental Retardation). (George. S. Baraff. 1986 . p 2)

3-2- تشخيص الإعاقة العقلية :

إن تعدد مفاهيم الإعاقة العقلية وتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إليها وتعدد مظاهرها واختلافها من حاله إلى اخرى يجعل من مشكله الإعاقة مشكله صعبه ومعقده . فلا يمكن اعتبارها مجرد مقياس لمستوى ذكاء الفرد . فهناك أبعاد أخرى يجب أن

تؤخذ فـي الاعتبـار عنـد تشـخيص هـذه الإعاقـة ، لأن تشـخيص حالـه إعاقة عقليه تعنى وضعها ضمن فئه معينه مـن الأطفـال يحتاجون إلى تربية ورعاية خاصة وبرامج علاجية وتأهيلية مناسبة لهم . لذا يجب أن يكون التشخيص دقيقا .

وتتضمن عملية التشخيص :

- مفهوم التشخيص :

إن مفهـوم التشـخيص للإعاقـة العقليـة يقـترب مـن مفهـوم التكامل للحاله لأن مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الابعاد فهى مشكلة طبيه، نفسية، اجتماعية، تربوية ويتضح مفهوم عملية التشـخيص مـن خـلال معرفـه الأركـان الأساسية الآتيـه لعمليـه التشخيص:

أ - تحديد الهدف من التشخيص :

فالهدف من تشخيص الإعاقة العقلية هو التعرف على قدرات الطفل وتحديد نواحى القوة والضعف به ووضعه بالمكان المناسب له حتى تقدم له الخدمات التربوية والنفسية الملائمة .

ب- التبكير بعمليه التشخيص :

يجب أن يبدأ التشخيص مبكراً لأن هـذا يسـاعد فـى تقديم العـلاج الـلازم فـى الوقت المناسب حتى تقدم لـه الخـدمات التربويـة والنفسـية الملائمـة . فـالتبكير فـى التشـخيص يسـاهم فـى تحسـن

حالات عديدة من التدهور مثل (RH) المعروف طبياً وفى حالات استقصاء الدماغ .

ج- تكامل عمليه التشخيص وشمولها :

ينبغي أن تتم ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين فى النواحى الجسمية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ، 1996، ص33).

– أبعاد عمليه التشخيص

- البعد الطبى : متمثل فى الإصابة المخية وإصابة الجهاز العصبى للطفل وما يترتب عليه من قصور فى معدل النمو ومظاهره
- البعد العقلى : متمثل فى نقص نسبه الذكاء عن (70) واقل من (80) فى نظر سترن **Stern** واقل من (75) فى نظر كالمان **Kuhlman**
- البعد التعليمى : متمثل فى قصور القدرة على التعلم والتحصيل فى المدارس العادية
- البعد الاجتماعى : متمثل فى قصور القدرة على الاعتماد على النفس والتوافق مع الاخرين . (كمال ابراهيم مرسى، 1999، ص 59)

– معايير عمليه التشخيص

يستند تشخيص الإعاقة العقلية على عده معايير أساسية تعتبر شروطاً أساسية للحكم على الحالة بأنها حالة إعاقة عقليه ويمكن تلخيصها على النحو التالي :

- أن تكون القدرة العقلية العامة للطفل دون المتوسط ونسبه الذكاء أقل من 70 أو 75 .
- أن يكون لدى الطفل قصور في السلوك التكيفي .
- أن يكون لدى الطفل قصور في النمو اللغوي .
- أن يكون لدى الطفل قصور في النمو الحركي . (أمل معوض الهجرسي، 2002، ص 139)

و يشير عصام نور (2004) إلى أنه يجب التعرف مبكراً على حالات الضعف العقلي حتى يمكن اتخاذ الإجراءات اللازمة . علما بأن الخطأ في تشخيص حالات ضعاف العقول يؤثر سلبياً على مستقبل حياتهم ولذلك يجب توخي الدقه والحذر عند التشخيص لأن الإعاقة العقلية ليست مرضاً معدياً أو وراثياً بحتاً بل له أسباب طبية ووراثية وبيئية وعائلية . (عصام نور سرية، 2004، ص 89)

4-2- خصائص المعاقين عقلياً القابلين للتعلم

القابلين للتعلم هم حالات الإعاقة البسيطه والتي تتراوح نسب ذكائهم بين 70- 50 درجه وهم لا يستطيعون مواصلة الدراسة وفقاً للمعدلات والمناهج العاديه . إلا أنهم يملكون المقدره على التعلم بدرجة ما إذا ما توافرت لهم خدمات تربوية خاصة . تتفق وهذه المقدرة والاستعداد داخل بيئة تعليمية ملائمه لا يستطيعون اكتساب مهارات القراءه والكتابة والهجاء والحساب مثل سن الثامنة وربما الحادية عشرة . وهم يتعلمون ببطء شديد وعند الانتهاء من مراحل دراستهم الرسمية يكون تحصيلهم مقارباً لمستوى يتراوح ما بين

الصف الثالث أو الخامس الابتدائي العادي. وهم يشكلون الغالبية العظمى من المعوقين عقلياً ويظهرون في مستوى أقل قليلاً من العاديين فهم أقل قليلا في النمو الجسمي وأقل قليلا في الصحه وأقل قليلاً في التناسق وأقل قليلاً في التقبل الاجتماعي وبالتالي فإن نموهم العقلي أكثر بطئاً بوجه عام . (سوسن اسماعيل عبد الرحمن، 2002، ص 34) ،

وفيما يلي تعرض الباحثة خصائص المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم وتتمثل تلك الخصائص فيما يلي :

- **الخصائص الوجدانية والاجتماعية للمعاقين عقلياً**

نظر للتأخر اللغوي والجسمي للطفل المعاق فهو لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به ولذلك يتميز بعدم القدرة على ضبط الانفعالات والتعبير عنها لفظياً ويلجأ إلى الحركات التكراريه والحركة الزائدة ولا يستطيع إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانياً ويشارك الأصغر سناً في اللعب أو يميل إلى الانعزال والإنطواء وسريع الغضب وسريع الاستثارة والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله للأفكار بدون وعي كافي وضعف مفهوم الذات وتميزه بالسلبية الشخصية وليس نظرة مستقلة واضحة . (آمال عبد السميع باظه، 2003، ص 23)

ويشير صالح هارون (1985) إلى أن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يتصفون بالقلق وذلك نتيجه لانخفاض قدرتهم على التحصيل الدراسي . كما يصابون بالاحباط نتيجه لمواقف الفشل التي

يتعرضون لها باستمرار وعجزهم عن الوصول إلى مستوى اقرانهم العاديين . (صالح عبد الله هارون؛ 1985، ص ص 32 - 33)

ويشير حسام هيبه (1982م) أن الطفل المعاق عقلياً لديه شعور قوي بعدم أهميته ويجعله غير مقدر لذاته وقدراته . ويبدو أن الميل نحو انخفاض مفهوم الذات امر محتوم نتيجه ارتباطه بعاملين أساسـين فـى تفاعـل الطفـل مـع الاشـخاص والأشـياء فـى بيئتـه الاجتماعيه . العامل الأول تعرض الطفل باستمرار لمواقف غير ملائمة لقدراته بشكل عام يبحث فيها عن مكانه في العالم المحيط به تحت ضغط الكفاءة الاجتماعية، العامل الثانى تكرار سوء تقدير الآخرين لقدراته وأوجه قصوره الذى يتمثل في تكليفه بمهام تفوق قدراته أو بمهام أقل من قدراته الحقيقية . (حسام هيبه، 1982، ص 12)

كما يشير فاروق محمد صادق (1982) أن معظم المعاقين عقلياً من فئه القابلين للتعلم يمكنهم النجاح نسبياً فى تكيفهم الاجتماعي والمهنى وذلك عندما يتم تدريبهم وتوجيههم وتشغيلهم فى الأماكن المناسبة تحت إشراف المؤسسات المختلفه . (فاروق محمد صادق، 1982، ص 174)

فالطفل المعاق عقلياً يميل إلى الانسحاب والتردد فى السلوك التكرارى وكذلك فى الحركه الزائده وفى عدم قدرته على انشاء علاقات اجتماعية فعالية مع الغير وغالباً ما يميل نحو المشاركة مع الأصغر سناً فى نشاطه وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات

وكذلك العزله والانطواء وتكرار الإجابة رغم تغير السؤال . (نادر فهمى الزبيد، 1991، ص 81)

وقد يبدو عليه الشعور بالخوف وعدم الأمن والإنسحاب من الجماعه وتزداد هذه الصفات سواء بسبب الاتجاهات السالبه للآخرين نحو المعاقين عقلياً وعدم تقبلهم لهم ورفضهم لهم . مما يؤدى إلى بعض المظاهر الاجتماعية السيئة والتى يتصف بها سلوك المعاقين عقلياً منها العدوانيه والانسحاب وعدم تقدير الذات . (علا عبد الباقى إبراهيم، 1993، ص 96)

كما تشير سهير أحمد كامل (1998) أن الأطفال المعاقين عقلياً ليس لديهم القدرة على ضبط دوافعهم وغرائزهم . انفعالتهم مغايره للمواقف التى يمرون بها فيظهرون تبلداً انفعالياً أحياناً ويظهرون فجاجة الانفعال أحياناً أخرى ونتيجه لعدم قدرتهم على ضبط سلوكهم فيخالفون القواعد الخلقيه فى معظم الأحيان ولا يحترمون العادات والتقاليد والقيم السائده فى الجماعه من حولهم ويتعرضون للانقياد وسرعه التأثير ويكونون موضع استغلال الآخرين . (سهير أحمد كامل، 1998، ص ص 98 - 99)

وقد قام كروميل بوضع نموذج يساعد على فهم شخصية المعاق عقلياً بالنظر إليها من عدة زوايا متكاملة شملت نظريات، الأنماط عند إيزنك والسمات عند كاتل واليورت والحاجات عند روثد وموراى واستعان كروميل فى هذا النموذج بمفاهيم الحيل النفسية والدفاعية والتهديدات ومفهوم الذات ونجد فى هذا النموذج

أن الشخصي المعاق عقلياً يتفاعل مع نوعين من المواقف . مواقف تتضمن أهدافاً يسعى للحصول عليها ويستمر عادة في النوع الأول من المواقف يعجزه عن مواجهة الخطر الذي يتهدده ويتوقع الفشل والاحباط فترتفع عنده حالة القلق وقد أيدت الدراسات هذا التفسير واشارت نتائجها إلى أن المعاق عقلياً أعلى في القلق وتوقع الفشل والإحباط في مواقف تهديد تقدير الذات بسبب ضعف قدراته العقلية والجسمية وكثرة تعرضه للفشل. (كمال إبراهيم مرسي، 1999، ص 82)

كذلك المعاقين عقلياً يحتاجون أكثر إلى استخدام الحيل الدفاعية بسبب عدم القدرة على التعامل بواقعيه مع مصدر التهديد كما يستخدمون الاليات الدفاعيه بصوره متكرره مثل الإنكار، النكوص، الكبت، الاسقاط كما يميلون إلى استخدام الآليات الدفاعيه نفسها مرات عديدة حتى وإن كان من الممكن لهم استخدام آليات أخرى . (إيمان فؤاد الكاشف، 2001م، ص 33)

- الخصائص الجسميه والحركية :

يتأخر الطفل المعاق عقلياً في نموه الحركي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ومعظم حركاته غير هادفة . (آمال عبد السميع باظه، 2003، ص 23)

ويشير سليمان الريحاني (1985م) إلى أن المعاقين عقلياً يتميزون بتأخر النمو الجسمي وصغر الحجم بشكل عام ويقل وزنهم

عن المتوسط وبالنسبة للنمو الحركي فإنهم يتميزون بالتأخر أيضاً . (سليمان الريحاني، 1985، ص 80)

كما يشير هاوكنز Hawkins (1994) إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية قبل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين . **(Hawkins,1994 , p15)**

وتؤكد علا عبد الباقي إبراهيم (1993) إلى أن مظاهر النمو الحركي تكون متأخره عند هؤلاء الأطفال حيث يتأخر الطفل المعاق عقلياً في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام كما تتأخر القدرة على القفز والجري والتوازن الحركي يكون أقل من العادي ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنميه التوازن الحركي وتنميه القدرات الحركية بصفة عامة . (علا عبد الباقي إبراهيم، 1993، ص73)

وتشير صديقة علي يوسف (2001) أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم بعض الصعوبات في المتغيرات الحسي / حركية ، منها عدم القدرة على التحكم الحركي وعدم القدرة على الإحساس بالمسافة والمكان وأيضاً عدم الادراك السليم للحركات . وعدم القدرة على تفسير المدركات إلى مجموعة من الأفعال الحركية التوافقية والتي تؤدي إلى سوء التصرف في المواقف المتنوعة كما يسهم في نقص التوافق الفعلي من جهة أخري (صديقة علي يوسف، 2001، ص 172)

- **الخصائص العقلية والمعرفية**

تعتبر الخصائص العقلية أهم ما يميز الطفل المعاق عقلياً عن الطفل العادى فالطفل المعاق عقلياً لا يصل فى نموه العقلى إلى المستوى الذى يصل اليه الطفل العادى الذى يماثله فى العمر الزمنى وبناء على ذلك فان البطء فى النمو العقلى يعد خاصية أساسية عند المعاقين عقلياً .(عبدالعظيم شحاته، 1991، ص 44)

فمن محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبه ذكائه فلا يزيد عن (70) وكذلك تراجع مستوى العمليات العقلية لديه عما لدى الطفل العادى من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم والادراك وتتصف القدرة على تركيز الانتباه ولا يستطيع التفكير المجرد بل يقف عند التفكير الحسى فقط وتقل دافعية الانجاز والأداء لديهم بدرجه ملحوظة عما هو لدى الأطفال العاديين . (آمال عبدالسميع باظه، 2003، ص24)

ويشير فاروق محمد صادق (1982) أن الأطفال المعاقين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند (75) فاقل أى أن القدرة العقلية للمعاق تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد السوى المناظر له فى العمر الزمنى أو أقل من ذلك سواء كان الاختبار المستخدم اختباراً لفظياً أو غير لفظى، فمن المعروف أن الطفل السوى ينمو سنه عقليه خلال كل سنه زمنيه من عمره، أما الطفل المعاق عقلياً ينمو 9 شهور عقليه أو أقل فى كل سنه زمنيه . (فاروق محمد صادق، 1982، ص238)

ويضيف زيدان السرطاوي وكمال سالم سيسالم (1992) أن الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) لديهم قصور واضح في الوظائف والعمليات العقلية الضرورية للعمل الاكاديمي كالانتباه والتفكير والإدراك والتجريد والذاكرة. (زيدان السرطاوي وكمال سالم سالم، 1992 ، ص 68)

كما يشير كمال إبراهيم مرسي (1999) إلى أن قدرة الانتباه لدى الطفل المعاق عقلياً محدوده ولا ينتبه الا لشيء واحد ولمدة قصيرة ويشتت انتباه بسرعه وتمر به أشياء كثيره لا ينتبه إليها لأن مثيرات الانتباه الداخلية لديه ضعيفه . أما بالنسبه للإدراك فهو يعاني من قصور أيضاً خاصة في عمليتي التميز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس بسبب صعوبات الانتباه والتذكر فالطفل المعاق عقلياً لا ينتبه إلى خصائص الأشياء ولا يدركها وينسى خبراته السابقه . (كمال إبراهيم مرسي، 1999 ، ص280)

ويرى كل من بريهم، وميفلد **(Prehm.Mayfield . 1970)** بأن لدى المعاقين عقلياً قصور في التذكر طويل المدى ويذهب ديترمان **Detterman** إلى أبعد من ذلك حيث يرى أن المعاقين عقلياً حتى إذا افترض وجود مخزون من المعلومات لديهم في الذاكرة طويلة المدى إلا أنهم غير قادرين على استخدامها أو توظيفها عند الضرورة . **(Prehm . Mayfield . 1970 p103)**

و ترتبط درجة التذكر بدرجة الإعاقة العقلية إذا تزداد درجه التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح . وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليم حده لدى الأطفال المعوقين عقلياً سواء كان ذلك متعلقاً بالاسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة التذكر قصير المدى (**Short Term Momory**) ويلخص ماكميلان (**Maecmillan**) نتائج البحوث التي أجراها بدوكنكس (**1974**) **Brokouski** وروبنسون (**Robinson.1974**) وبراون (**Brown. 1974**) على موضوع التذكر لدى الأطفال المعوقين عقلياً ومنها :-

- نقل قدرة الطفل المعوق عقلياً على التذكر مقارنة مع الطفل الذى يناظرة فى العمر الزمنى ويعود السبب فى ذلك إلى ضعف قدرة المعاق عقلياً على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائط للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادى.
- ترتبط درجة التذكر بالطريقة التى تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقه أكثر حسيه كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح .
- تتضمن عمليه التذكر ثلاث مراحل رئيسية هى استقبال المعلومات وخزنها ثم استرجعها وتبدو مشكله الطفل المعاق عقلياً الرئيسيه فى مرحلة استقبال المعلومات وذلك بسبب ضعف درجه الانتباه لديه. (فاروق الروسان، 2001، ص 116)

3- المشكلات السلوكية والوجدانية

يطلق مصطلح المشكلات السلوكية والوجدانية على أنماط السلوك أو عمليات التفكير أو المشاعر التى ينظر اليها بواسطه الفرد أو المجتمع باعتبارها غير مرغوب فيها أو مطلوب التحكم فيها وتغييرها سواء من قبل الفرد أو المجتمع . (حسين فايد، 2001، ص18)

وتشير آمال عبد السميع باظه (2004) بأنه لا تعتبر فئة كل من الاضطرابات السلوكية والوجدانية فئة قائمة بذاتها بل مصاحبات لدى ذوى الاحتياجات الخاصه كما ظهر ذلك فى نتائج العديد من الدراسات. ولا توجد إحصائيات دقيقه عن تلك الاضطرابات حيث من يعانى منها لا يتقدم فى الغالب للعلاج الطبى أو النفسى . (آمال عبد السميع باظه، 2004، ص132)

و تنتشر المشكلات السلوكية بصوره أكبر بين الأفراد المعاقين عقلياً مقارنة بغير المعاقين وقد أكد صحة هذا المسح الشامل للدراسات التى أجريت فى هذا المجال والذى قام به كل من ريس وليفينان وماكنالى **Reiss Levitan , Mcnally** , حيث توصلوا من خلاله إلى أن المشكلات الانفعالية السلوكية تنتشر بين المعاقين عقلياً بصوره جوهرية فى كل الدراسات (فى: سعيد عبدالله دبيس، 1998، ص196)

3-1 - مفهوم المشكلات السلوكية والوجدانية :

تعـرف ممدوحـه محمـد سـلامه (1984) المشـكلات السـلوكية بأنهـا مشـكلات تتحقـق فيهـا نـزوات ورغبـات الطفـل ويعانى المجتمـع مـن جـراء ذلـك . (ممدوحـه محمـد سـلامه، 1984، ص70)

ويعـرف كـل مـن محمـود عـوده، كمـال مرسـى (1986) المشـكلات السلوكية بأنهـا صعوبات تواجـه بعض الأطفـال بشـكل متكـرر ولا يمكنهم التغلب عليهـا بأنفسـهم أو بإشـارات وتوجيهـات والـديهم ومدرسـيهم فيسـود تـوافقهم ويعـاق نمـوهم النفسـى أو الاجتمـاعى أو الجسـمى ويسـلكون سـلوكاً غـير مناسـب لسـنهم أو غير مقبـول اجتماعياً وتضـعف ثقتهم بأنفسـهم ويسـوء مفهـومهم عـن أنفسـهم وعـن الأخـرين وتقـل فـاعليتهم الإيجابيـة فـى المواقـف الاجتماعية وتضعف قابليتهم للتعلم والاكتساب ويحتاجون إلى رعايه خاصه على أيدى متخصصين فى مجالات الصعوبة التى يعانون منهـا. (محمود عوده وكمال إبراهيم مرسى، 1986، ص253)

كمـا يعـرف عبـد السـتار ابـراهيم واخـرون (1993) المشـكلات السلوكية بأنها كـل سلوك يثير الشـكوى مـن الطفـل تخرج عن السلوك العادى ممـا يعوق حياته الاجتماعيه ويحتـاج معهـا إلى مسـاعده علاجيـه مـن المتخصصـين للـتخلص مـن ذلـك السـلوك. (عبد الستار ابراهيم وآخرون، 1993، ص 23)

ويـرى محمـود حمـودة (1991) أن سـلوك الأطفـال يعتـبر مضطرباً أو مشوشاً عندما يختلف تصرفه عن توقعات المحيطين به وتختلف هذه التوقعات باختلاف ثقافة المجتمع، كما تختلف هذه التوقعات عندما يحدث هذا السلوك فى مكان وموقف غير مناسبين على أن يؤخذ عمر الطفل فى الاعتبار فالتقلبات الوجدانية مثلا فى ثلاث أو أربع سنوات يعتبر سلوكاً طبيعاً ولكنها بعد ذلك يعتبر سلوكاً مضطرباً (محمود حمودة، 1991، ص131)

كما ترى زينب السماحى (1999) الاضطراب السلوكى للطفل بأنه اضطراب سلوك الطفل بدرجة تخرج عن السلوك العادى بما يعوق حياته العادية ويؤثر على حياته الاجتماعية ويحتاج لمساعدة علاجية ومن هذه الاضطرابات العدوان المتكرر العنف السلوك الانسحابى (زينب السماحى، 1999، ص26)

و يشير حسن مصطفى عبد المعطي (2001) إلى المشكلات السلوكية بأنها مجموعه ثابته من السلوكيات والتصرفات التى تتطور مع مرور الزمن ويتصف أصحابها بالعدوانية وانتهاك حقوق الاخرين ويرتبط السلوك المضطرب بالعديد من الاضطرابات النفسيه الاخرى. كما يرتبط بعده عوامل نفسيه واجتماعيه . (حسن مصطفى عبد المعطي، 2001، ص423)

وتـرى آمـال عبدالسـميع باظـه (2003) أن الاضطرابات السلوكية والوجدانية هى مجموعه من الاضطرابات فى علاقه الطفل مع الاخرين أو مع ذاته وو تظهر آثار الإعاقة وتشمل أبعاد سبعه لهذه الاضطرابات : « الاضطرابات السلوكية – الاكتئاب – القلق – اضطراب التفكير – النشاط الزائد – الانسحاب الانفعالي

– اضـطراب التواصـل » . (آمـال عبدالسـميع باظـه، 2003، ص195)

3-2- خصائص المشكلات السلوكية

تعددت الخصائص التي تميز المشكلات السلوكية من هذه الخصائص ما يلي :

- التكرار:

هو عبارة عن نمط متكرر ومتواصل من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الرئيسية للآخرين والمعايير والقواعد الاجتماعية . (حسن مصطفى عبدالمعطي، 2001، ص 427)

وتكرار ظهور السلوك الشاذ أو المنحرف الذي هو عرض للمشكلة أو الاضطراب.فظهور السلوك الشاذ مرة أو مرات قليلة لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل لانه قد يكون سلوكاً عارضاً قد يختفي تلقائياً أو بجهد من الطفل أو والديه (محمد عوده وكمال إبراهيم مرسي 1986، ص 353)

- عدم الملائمة :

بمعنى أن يكون الاضطراب السلوكي غير مناسب مع مرحلة الطفل من العمر والنمو .(سهير محمد شاش، 2002، ص182)

فالسلوك الذي يعتبر عادياً في سن معينه يصبح من علاقات سوء التوافق إذا لازم الطفل عندما يكبر فثورات الغضب تعتبر عاديه بالنسبة لطفل الثانية أو الثالثة من عمرة ولكن تصبح علامة

خطيرة على سوء التوافق عند طفل في العاشرة وبعض الأعراض تعتبر امرا عاديا لصغار الأطفال دون الخامسة ولكنها تعتبر من علامات السقيم إذا ظهرت عند الكبار . (مصطفى فهمي، 1976، ص ص 245 – 246)

- عدم المقبولية الاجتماعية :

تعتبر المشكلات السلوكية غير مقبولة اجتماعياً فهي لا تتجاوب لمحاولات الوالدين والمعلمين وجميع المحيطين بالطفل لتعديل هذه السلوكيات المضطربة أو تعديلها (محمد عوده كمال إبراهيم مرسي 1986، ص203)

فالطفل ينغمس في أنشطة يعارضها أولئك الذين ممن حوله ويؤدي إلى نتائج سلبية سواء له أو لغيره وبالتالي ينتج عنها عقوبات اجتماعية رادعة من جانب المحيطين به في بيئته المباشرة . (محمد محروس الشناوي 1996، ص139)

- إعاقة النمو والتوافق

فالسلوك المضطرب يتدخل في إعاقة نمو الطفل النفس أو الاجتماعي مما يؤدي إلى اختلاف سلوك الطفل ومشاعره عن سلوك أقرانه وتدخله في الحد من كفاءة الطفل في التحصيل الدراسي وفي اكتساب خبرات جديدة كما يتدخل في إعاقة استمتاع الطفل بالحياة مع نفسه ومع الآخرين . كما يؤدي إلى المعاناة النفسية وضعف علاقات الطفل الاجتماعية . (محمد عودة وكمال مرسي إبراهيم، 1986، ص345)

3-3- أشكال المشكلات السلوكية لدى المعاقين عقلياً

قد أوردت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فى دليلها الخاص بقياس السلوك التكيفى أن الانحرافات السلوكية التى يكشف عنها تقدير الكفاءة الاجتماعية للمعاقين عقلياً يتضمن عدة مجالات منها :

1- السلوك المدمر العنيف : و يتضمن هذا السلوك الدفع البدنى أو الشد أو الرفس أو إلقاء الأشياء على الآخرين أو العض أو الإيماءة أو تدمير الممتلكات الشخصية وممتلكات الآخرين .

2- السلوك المضاد للمجتمع : ويتضمن مضايقة الآخرين والايقاع بهم والتآمر عليهم وإفساد نشاطاتهم أو العابهم بل وإزعاجهم ولا يستأمن على ممتلكات الآخرين لعدم حفاظه عليها عن قصد واستخدام ألفاظ نابيه .

3- سلوك التمرد والعصيان : و يتضمن مخالفات النظام والتعليمات والقواعد المنظمه للعلاقات داخل المؤسسه أو المعهد ويتمرد كثيرا ولا يلتزم بالواجبات، الهروب من المنزل وسوء التصرف فى المجالس العامه .

4- الانسحاب : و يتضمن السلبيه والجمود والخجل وعدم الاندماج مع الجماعه

5- السلوك النمطى واللزمات : و يتضمن سلوك المداومة والأوضاع الجسمية الشاذة فى الوقوف والجلوس والمشى .

6- عادات صوتيه غير مقبوله : سواء كان بالصوت المنخفض أو العالي أو التحدث عن نفسه أو تقليد صوت وكلام الآخرين .

7- عادات غير مقبوله أو شاذه : و يتضمن اللعب بالملابس والازرار و الاحتفاظ بالأشياء الصغيره مثل الدبابيس – الازرار وربما ابتلاعها – عض الأصابع – تمزيق الملابس والخوف من السلم والصراخ لو لمسه احد

8- سلوك إيذاء الذات : و يشمل أى نوع من الايذاء البدنى بالضرب أو الشد أو العض أو القرص ووضع اليد فى بعض الأماكن وإدمائها وقد يضع أشياء معينه فى عينه أو اذنه أو أنفه وكثيراً ما يضعها فى فمه .

9- الميل إلى الحركة الذائدة : سواء كان ذلك فى الكلام أو الحركه فى المشى أو الجرى أو القفزاى انه لايهدا

10- السلوك الشاذ جنسيا : و يشمل سلوك الاستمناء أو الاستعراض والميول الجنسيه المثليه والسلوك الجنسى غير المقبول اجتماعياً .

11- الاضطرابات النفسية الانفعالية : و يشمل اضطرابات الذات وعدم الاستجابة المناسبة فى وقت النقد أو الفشل أو الإحباط ومحاوله جذب انتباه الآخرين بشده وادعاء المرض كثير مع كثير من المظاهر الاضطراب الانفعالي فى المزاج وفى الأحلام وفى النوم والمخاوف المرضية وربما الاكتئاب .(سهير محمد شاش، 2002، ص ص 183 - 185)

و تعرض الباحثه المشكلات السلوكية والوجدانية التى نالت تكرار بناء على الدراسه الاستطلاعية حيث أوضحت هذه الدراسه أن هناك بعض المشكلات السلوكية والوجدانية أكثر تكرار وأشد حدة من غيرها فى عينه الدراسه . كما تم اختيار هذه المشكلات السلوكية والوجدانية ايضا بناء على الدراسات السابقه دراسه (مايكل ابستين ودوجلاس جولان **(Mikeal Douglasg 1985)**، (فيولا البيلاوي 1998) (اميرة طه بخش 1998)، (عفاف محمد عبد المنعم 1991)، (ويلز نيكول وآخرون **(Walz Nacalay., et al 1996)**، (فاطمة عياد ، 2002، (سعيد عبد الله دبيس 1999).

ونتيجه لتردد الباحثه على مؤسسه التربيه الفكريه بحكم عملها . ووجد أن أكثر المشكلات السلوكية والوجدانية تكراراً هى (السلوك العدوانى- القلق-الاكتئاب).

(1) السلوك العدوانى

- **مقدمة :**

يمثل العدوان في العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم باسرة ولم يعد العدوان مقصورا على الأفراد وانما اتسع نطاقه ليشمل الجماعات والمجتمعات .

أ- مفهوم السلوك العدواني:

العدوان هو سلوك يصدره الفرد لفظياً كان هذا السلوك أو بدنياً او مادياً صريحاً أو ضعيفا مباشراً وسلبياً أم غير سلبي وتترتب

على هذا السلوك الحاق اذي بدني أو مادي أو نفسي للاخرين (خالد ابراهيم الفخراني، 1989، ص 41)

وتعرف حنان عبد الحميد العناني 1995 العدوان بأنه هو السلوك الذي يؤدي إلى الحاق الاذي نفسياً على شكل اهانه أو خفض قيمة أو جسميا . كما انه ضرب من السلوك الذي يهدف إلى تحقيق رغبة في السيطرة (حنان عبد الحميد العناني 1995، ص125)

ويعرف عباس ابراهيم متولي (1996) العدوان بأنه أي سلوك يصدره الطفل في تفاعل معين وتدفعه ظروف هذا الموقف بتصرفات معينة يترتب عليها ارتفاع الاذي والضرر لطرف اخر في الموقف التفاعلي (عباس ابراهيم متولي 1996، ص15)

والسلوك العدواني كما يعرفه علم النفس المعاصر هو شكل نوعي للفعل الانساني يتميز باظهار التفوق على شخص اخر أو مجموعة اشخاص أو باستخدام القوه سعياً إلى الإيذاء ويتفاوت السلوك العدواني من حيث الشدة والشكل ما بين اظهار العداء إلى التهجم بالألفاظ (الاعتداء اللفظي)واستخدام القوة البدنية (العدوان الجسدي)(أ .ف بتروفكس، م .جباروشفسكي، 1996، ص35)

ويري جمال مثقال (2000) أن السلوك العدواني هو كل سلوك ينتج عنه إيذاء شخص اخر أو إتلاف لشئ أو هو سلوك يهدف إلى احداث إلى أحداث نتائج تجريبية أو مكروهه أو للسيطرة من

خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين (جمال مثقال القاسم 2000، ص116).

ب- أشكال السلوك العدواني:

حدد محمد بيومي حسن وسميره محمد سند (2000) أشكال السلوك العدواني في :

أ- السلوك العدواني اللفظي :

و هو سلوك يتسم بإلحاق الأذى بالذات أو بأشخاص آخرين عن طريق السب أو اللوم أو النقد أو السخريه أو التحكم أو ترويج الاشاعات المغرضه أو توجيه ألفاظ غير مرغوب فيها بطريقه مباشره أو غير مباشرة.

ب- السلوك العدواني المادي :

و هو سلوك يتسم بإلحاق الأذى المادي أو البدني للذات أو للاخرين عن طريق الايذاء البدني أو تحطيم الممتلكات أو سلبها أو المساعده في ذلك بطريقه مباشره أو غير مباشره . (محمد بيومي حسن، سمير محمد سند، 2000، ص ص96- 97)

ويعتبر السلوك العدواني أياً كان شكله أو نوعه من الخصائص الاجتماعيه المميزه للافراد المضطربين انفعالياً ، بل قد يعتبر السلوك العدواني أهم سمه تميز سلوك الأفراد المضطربين انفعالياً وتبدو أشكال السلوك العدواني في العدوان اللفظي، العدوان المادي، الصراخ في وجه الآخرين، مناكفة الآخرين، شد

شعر الآخرين، سلوك الضار، النشاط الزائد ..... الخ. (فاروق الروسان، 2001، ص234)

ج- النظريات المفسره للسلوك العدوانى :

(أ)- النظريات البيولوجيه (الفسيولوجيه والتشريحيه)

اعتمدت هذه النظريات على بعض الدراسات الخاصه بالعوامل التشريحيه والفسيولوجيه

- النظريه التشريحيه

اكتشف العلماء بعض العوامل التشريحيه التى تساهم فى آثاره العدوان فمثلاً هناك منطقه فى القلب الداخلى فى المخ حينما يتم تنشيطها فان العدوانيه تزيد وحينما يتم السيطرة على هذا النشاط فإن العدوانيه تقل. فالحيوانات الوديعه يمكن إثارتها بالغضب وأيضاً تم ملاحظه هذه الآثار على بعض الافراد المرضى بشرايين على سبيل المثال بعد تلقى السير تكهربى فى الأمجدالا (Amggdala) وهو جزء من قلب المخ .
(David G.Myers 1983 p.341)

و يرى عكاشه أن كل من اللوزه فى المخ " اللامجدالا " والجهاز الطرفى فى السطح الانسى للمخ من التنبيهات الكهربائيه لاجزاء من الهيبوثلاموس لها علاقه بالعنف والعدوانيه كما يؤكد (روبرت) على أن الأمجدالا هو الجزء المسؤل عن العدوانيه فى المخ .
(آمال عبد السميع باظه، 1997، ص ص58- 86)

- العوامل الجينية

و من النظريات من عزا السلوك العدواني إلى عوامل بيلوجيه تكوينيه في الفرد ناتجه عن كروموسومات وهرمونات خاصه . (عباس ابراهيم متولي، 1997، ص 11)

فقد قام جاكوب وزملائه Jacobs and Hiscolleagues بتقرير أن الأفراد الذين لديهم زياده في عدد كروموسوم (Y) حيث تأخذ الكروموسومات لديهم شكل (XYY) بدل من الطبيعي (XY) تزداد الفتره لتأهليهم في السجون . (Michael. Sakas Edward Krupat 1988 . P . 297)

و قد قام ويلسون وهونستين Wilson & Herrnstein بإجراء عدد كبير من الدراسات حول انوراثة ومن بينها الأطفال التوائم والذين تم تبنيهم (من قبل ناس غير ابويهم الحقيقين) و قد توصلوا إلى احتماليه الاشتراك أو الانغماس في اى عمل عدواني أو اجرامي يرتبط وراثيا بالأفراد وقد قام عدد من النقاد أمثال كامين Kamin 1986 واليس Wales 1985 برفض هذا الافتراض حيث يتضح أن الدليل الذى قدمه Herrnsteins Wilson يعتريه بعض الصعوبات لدراسته على سبيل المثال وجد أن نسبه كبيره من جرائم العنف ترتكب من قبل افراد ذكور تتراوح اعمارهم مابين 18 - 20سنه وهي خاضعه للقوى الثقافية أكثر من انقوى الوراثيه.
(Michael & Sakes & Edward & Krupt 1988;P.297)

- الهرمونات

تشير بعض الأدله المستمده من البحوث التجريبيه إلى أن زياده بعض الهرمونات أو نقصها له صله وثيقه بزيادة العدوانيه .

(Neilr R . Carlson 1993 . P. 329)

و يرى ويليامز **Williams** أن نقص هرمون البروجستيرون **Progesteron** الانثوى لدى الفتيات يؤدى إلى أن تصبح الفتاه أكثر تعرضاً للتقلبات النفسيه والمزاجيه والشعور بالعدوانيه والقيام بالسلوك العدوانى وجرائم العنف (عباس ابراهيم متولى، 1997 ، ص 12)

و فسر سكنر العدوان الناتج عن اضطراب الغده النخاميه بأن زيادة إفرازات الفص الأمامى للغده النخاميه يصاحبه توتر وجرأه واندفاع إلى العدوان والثوره ويتفق معه إبراهيم فهيم عندما انتهى من تحليله لنتائج الدراسات التى أجريت على علاقه اضطراب هرمونات الغدد بالسلوك العدوانى . (كمال ابراهيم مرسى، 1986 ، ص62)

(ب) النظريات النفسيه

هناك العديد من النظريات قامت بتفسير ظاهره العدوان ويمكن تقسيمها إلى ثلاث نظريات هى (النظريه الغريزه – نظريه الاحباط والعدوان – نظريه التعلم الاجتماعى)

- **النظريه الغريزيه للعدوان :-**

تعتمد هذه النظريه على أن الكائنات البشرية منظمه **Progrmed** فطريا أو استعداديا مثل هذا السلوك . (حسنين محمد كامل، على السيد سليمان، 1990 ، ص 764)

و دعم كثير من العلماء هذه النظريه العامة أمثال ماكدوجال **Macdogal** حيث يرى ماكدوجال أن العدوان غريزه تعرف بغريزه المقاتله . حيث يكون الغضب هو الانفعال الذى يكمن وراء هذه الغريزه والغريزة عند ماكدوجال هى استعداد فطرى ولها جوانبها الادراكيه والمعرفيه والنزوعيه . فهى التى تدفعنا للاهتمام بانماط معينه من الأشياء والمواقف وهذا الجانب المعرفى لها وتتطلب أيضا أن يشعر بانفعال خاص إزاء هذه الأشياء وهذا الجانب الانفعالي وهى كذلك تدفعنا إلى أن نعمل إزاءها بطريقه خاصه وهذا جانبها النزوعى . (وفاء عبد الجواد، عزه خليل، 1999، ص89)

- **نظريه التحليل النفسى للعدوان**

و قامت هذه النظريه على كتابات سيجموند فرويد **Freud** وعلماء الاثولوجيا مثل كونراد لورنز **Konead Lorenz** ولقد تأثرت نظريه فرويد فى البدايات بتفكير شارلز دراون **Charles Darwin** ووضع نظريه فى السلوك الإنساني والتى ترى أن الإنسان مقاد بواسطة فطره حيوانيه مثل الدوافع والغرائز .

(Michael .J . Sake & Edward Krupat 1988 p.2995)

- المدرسة السلوكية

و تتمثل في وجهي النظر فيما يلي :-

وجهه النظر الأولى :- نظريه (الاحباط – العدوان)

قـــام كـــل مـــن دولار **Dollarde** وملـــير **Miller** ودوب **Doob** ومورير **Mourer** وسيرز **Sears** (**1939**) بتطوير أصـل هـذه النظريـة رداً علـى كتابـات سيجموند فرويـد بوضـع نظريـــة الإحبـــاط - العـــدوان وأوضـــحت هـــذه النظريـــه أن العـــدوان **Aggression** مـــا هـــو الا نتـــاج لموقـــف محـــبط . (**Richard . H.Cox . 1990 . P . 278**)

و مـن النقـاط التـي تركـز عليهـا هـذه النظريـه أن العـدوان الظاهر ما هو الا تنفيس عن عدوان أكبر خفي . والعدوان الظاهر يؤدي دور التنفيس **Catharsis** لعدوان أكبر بمعنى انه يمكن التنفيس عـن عواطـف أو حاجـات الفـرد بـالتعبير عـن مشـاعره خـلال العـدوان وأن حاجـات الشـخص المصـاب بالاحبـاط للعـدوان تقـل مـن خلال تنفيسه عن غضبه الا **إذا حدثت الأشياء الثلاثه الاتيه :-**

1- استمرار الاحباط

2- صار السلوك العدواني استجابة مكتسبة .

3- أدى العـدوان إلى القلـق المؤدي إلى الإحبـاط ومـن ثـم إلى عـدوان أكبر . (**Richard. Cox . 1990 P . 279**)

و يــرى ســات Sutt أن الســلوك العــدوانى للطفــل بصــوره المختلفه لا يظهر الا عندما يحبط الفرد فى تحقيق حاجاته أو تعاق مطالبه عن تحقيق أهدافها . وقد يأخذ العدوان لدى الطفل مظاهر القلق والبغض أو الكراهيه لمصدر هذا الاحباط . (وفاء عبد الجواد ، عزه خليل، 1999 ، ص90)

وجهه النظر الثانيه : نظريه التعلم الاجتماعى :

يعــد العلــم البــرت بانــدورا (Bandur) اقــوى المــدافعين والمؤيــدين لهــذه النظريــه كتفسير مناسب لظاهره العدوان فتختلف هذه النظريه عن الفريزه البيولوجيه من حيث إنها ترى أن العدوان هــو اســتجابه مكتسبه واعلــن مؤيــدوا هــذه النظريــه عــن وجــود ميكانزمات العدوان والغضب ولكنهم رفضوا تماماً فكره الفريزه وفكــرة الإحباط المؤدى إلى انفعال . ويعتقــد هــؤلاء المناهضــين لهذه النظريه أن البشر يتصرفون بعدوانيه لانهم تعلموا أو اكتسبوا مثل هــذا الســلوك ولم يوجــد لــديهم بــالفطره أو بســبب موقــف محــبط . **(Richard.h . Cox1990 .p280)**

وتقوم هذه النظريه على ثلاثة أبعاد رئيسية هى نشأه جذور العــدوان بأســلوب الــتعلم والملاحظــه والتقليــد ، والــدافع الخــارجى المحــض علــى العــدوان، وتعزيــز العــدوان . (زينــب محمــود شــقير، 2001، ص331)

كما أكد باندورا أن العدوان نتيجة رجعية حيث أن سلوك عــدوانى واحــد يــؤدى بالضــروره إلى ســلوك عــدوانى اكــبر ويستمر

هـذا المنـوال حتى تقضـى الدائره بوجـود مـثير سلب أو ايجابى ويقـول Smith (1998) أن العنف فى لعبه الهوكى للجليـه مـثلا نـافع مـن مشاهده النماذج واللاعبين السابقين . فالصغار يمارسون العنف عن طريق اتباع مـا شـاهدوه مـن ابطـالهم المحترفـين فـى التليفزيـون أو فى مكانـه المباراة نفسـها . وطالما أن العـدوان مسموح بـه فـى الرياضـه سـوف يسـتمر الأطفـال فـى مشـاهده مثـل هـذه النمـاذج العدوانيه . (Richard . H. Cox 1990 . P281)

و يمكن الإشارة هنا إلى أن أهم تلك العوامل المهمه فى اثاره السـلوك العـدوانى كمـا كشـفتها الدراسـات والابحـاث فـى هـذا المجال تتمثل فيما يأتى :

(أ) عوامل خارجية :

و تتضـمـن عوامـل ذات طبيعـه نفسيه وآخـرى ذات طبيعـه فيزيقيه وهـذه العوامل ترتبط بالبيئه التى يعيش فيها الطفل المعاق عقلياً .

و تعتبر البيئـه المنزليـة مصـدراً رئيسـياً فـى ظهـور السـلوك العـدوانى فقـد توصـل كـلا مـن نهيرا ، ومـايرز ، ومينيـك (1980) Nihira ، Meyers, Mink إلى أن التوافق الاجتماعى للاطفال المعاقين عقلياً يرتبط بالتماسك والانسجام داخل المنزل .

كمـــا توصـــل كـــلا مـــن ويرنـــر وسميـــث (1980) Werner, Smith إلى وجود نقص فى الدعم العاطفى من قبل أسر الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكيه خطيره .

و توصل كلا من رتشاردسون وكولر وكاتز 1985، Richardson, Koller ,Katz إلى وجود فروق جوهريه في المشكلات السلوكية للاطفال المعاقين عقلياً وفقا لثبات اسلوب التنشئه الوالديه . فعندما تكون التنشئه الأسريه أقل ثباتا تزداد الاضطرابات السلوكية للابناء

(ب) عوامل داخلية :-

توجد عوامل جوهرية مرتبطة بالإعاقة العقلية وذات علاقه بالسلوك العدوانى وتتمثل في العوامل البدنيه الحسيه المؤقته، كالتعب والألم وضعف السمع والعوامل الوجدانيه، كالضعف والقلق والحزن المزمن والعوامل المعرفيه كالمثيرات الاستفزازيه والتخيلات الذهانيه والعوامل المرتبطه بالعجز في المهارات الاجتماعيه .

فالسلوك العدوانى يمثل عقبه كبيره عند اختبار الأطفال المعاقين عقلياً بفرض تحديد الوضع المناسب داخل المجتمع، كما يمثل عاملا مهما في سوء التكيف داخل المجتمع . (سعيد عبد الله دبيس، 1997، ص ص 359- 360)

د - السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

و في دراسه اجراها سعيد دبيس (1999) للكشف عن أبعاد السلوك العدوانى لدى الأطفال المعاقين عقلياً توصل إلى عدم اختلاف أبعاد السلوك العدوانى لدى الأطفال المعاقين عقلياً باختلاف العمر . بينما يختلف أبعاد السلوك العدوانى باختلاف نوع

الاقامه سواء كانت اقامه خاجيه أو إقامة داخلية ويفسر وجود العدوان لدى المعاقين عقلياً في المؤسسات الداخليه إلى القيود وكثيرا ما يكون العدوان نفسه كسلوك مسببا رئيساً لإرسال الطفل إلى المؤسسة الداخلية للتخلص من مشاكله في المنزل . (سعيد عبد الله دبيس، 1999، ص 59)

وقد توصل ديفيدسون وزملائه Davidson Et At (1994) إلى أن وجود أشكال من السلوك العدواني عند الأفراد والمعاقين عقلياً في وقت مبكر يعتبر أكثر أهمية المتغيرات المنبئة بالسلوك العدواني في المستقبل . كما توصلوا إلى أن متغيرات اخرى ، مثل درجه الإعاقة العقلي وتجربه الفرد السابق في الاقامه في مؤسسات داخليه من ضمن المنبئات بتواجد السلوك العدواني فيما بعد. (Davidson et al 1994 . Pp704 -716)

كما قام لينكر (1994) Linaker بمقارنه 57 فرداً من المعاقين عقلياً مما قاموا بسلوك عدواني تمثل في الاعتداءات في عام سابق لإيداعهم مؤسسه داخليه بعدد مماثل من المعاقين عقلياً أيضاً بالمؤسسه الداخليه وقد توصلت النتائج إلى أن لا توجد فروق جوهريه في السلوك العدواني بين أولئك الأفراد المعاقين عقلياً المودعين بالمؤسسه الداخليه ممن لهم تاريخ مسبق والمجموعه الآخرى.

مما يشير أيضاً إلى ثبات السلوك العدواني عند الأفراد المعاقين عقلياً. (Linaker, 1994 , pp62-68)

كما قامت (عفاف محمد عبد المنعم، 1991) بدراسة المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المعاقين عقلياً بمدارس التأهيل الفكري في محاولة للكشف عن المشكلات السلوكية التي تشيع بين الأطفال المعاقين عقلياً قامت الباحثة بجمع تكرار آراء عينة القائمين بالعملية التعليمية وأولياء الأمور للأبناء المعاقين عقلياً والنسبة المئوية لهذا التكرار وكانت النتائج أن مشكلات السلوك العدواني التي عبر عنها البعض بالعنف كانت تحتل الترتيب الاول في المشكلات . (عفاف محمد عبدالمنعم، 1991)

كما أن الأطفال المعاقين من الدرجه البسيطه والمقيمين اقامه خارجيه يعيشون مع اسرهم ويتفاعلون مع ذويهم ومع الأطفال الآخرين داخل الحي الذي يسكنون فيه اضافه إلى التفاعلات الأخرى التي يمكن أن تتم داخل اطار الأسرة أو خارجها والتي يتعرض الأطفال المعاقين عقلياً من خلالها للعديد الاحباطات نتيجه لنقص قدراتهم العقلية وعدم تفهم الأخرين لذلك النقص مما يدفعهم إلى القيام بمختلف اشكال السلوك العدواني .

كما أن هناك أسباب أخرى قد تعود إلى الأطفال العاديين واتجاهاتهم نحو الأطفال المعاقين عقلياً والتي يترتب عليها غالبا الاستهزاء بهم والسخريه منهم وعدم تقبلهم مما يترتب عليه قيام الأطفال المعاقين عقلياً بأشكال من السلوك العدواني . (سعيد عبد الله دبيس، 1998، ص375).

(2) القلق

يعد فرويد من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق وينظر فرويد إلى القلق باعتباره إشارة انذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها على الاقل .

فاضطراب القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات حيث إن 15٪ من المجتمع يعنون القلق على مدار العام الواحد . (بدر محمد الانصاري، 2004، ص337)

والطفل القلق هو الذى ينعدم لديه الشعور بالأمن ومن ثم يلجأ إلى العدوان انتقاماً لنفسه رداً على من رفضوه وقد يصبح مستسلما مستجديا للحب الذى فقده وقد ينعزل فى محاولة لإقناع الآخرين لتغيير معاملتهم له . (علاء الدين كفافى، 1999، ص 236، ص244)

أ- مفهوم القلق:

يعرف عبد الرحمن محمد عيسوى (1981) القلق على انه عباره عن حاله من الخوف المستمر ولكنه خوف شاذ لأن هناك نوعاً من الخوف العادى الطبيعى لدى الانسان السوى ازاء المثيرات التى تهدد حياته بالخطر اما الخوف (القلق العصابى) هو عباره عن توقع الخطر فى المستقبل . (عبد الرحمن محمد عيسوى، 1981، ص 269)

و يشير عبد الوهاب محمد كامل (1983) إلى القلق على أنه حالة تسود الفرد تجعله غير مستقر أو مفهوم نفسي يصف مستوى الانفعالية عند هذا الفرد أو ذلك . (عبد الوهاب محمد كامل، 1983، ص 127)

و يعرفه أحمد فهمي عكاشه (2000) بأنه الشعور الدائم بالخوف والتوتر ويعتبر القلق احياناً عرضا طبيعيا . واحيانا اخرى يشتد القلق فيؤثر على نشاط الفرد ولا يعرف له سبب مباشر . وعادة ما يصاحب القلق أعراض تنبيه في الجهاز العصبي اللاارادي من جفاف الحلق وسرعة دقات القلب والعرق البارد وإرتعاش الأطراف واختناق في الرقبه وغالبا تصاحبَ تلك الأعراض معظم الأمراض النفسجسميه . (أحمد فهمي عكاشه، 2000 ص220)

كما يشير أحمد عبد الخالق (2000) إلى القلق بانه انفعال غير سار وشعور مكدراً أو هم مقيم وعدم راحه واستقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد وخوف دائم لا مبرر له من الناحيه الموضوعيه وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق استجابه مفرطه لمواقف لا تعني خطر حقيقياً والتي قد لا تخرج في الواقع من اطار الحياة العاديه . لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت ضرورات ملحه ومواقف تصعب مواجهتها . (أحمد عبد الخالق، 2000، ص 14)

كما يشير عبد الستار ابراهيم (1991) إلى القلق على أنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبه تنطوي على تهديد

حقيقي أو مجهول ويكون من المقبول احيانا أن يقلق الفرد للتحفز النشط ومواجهه الخطر ولكنه كثيراً من المواقف المثيره للقلق لا يكون فيها خطرا حقيقيا بل متوهما ومجهول المصدر .
(عبد الستار ابراهيم، 1991، ص 13)

و يقول هارى ستاك سوليفيان **Harry Slark** أن القلق عباره عن ظاهره تنتج عن العلاقات الشخصيه مع الآخرين ووصفه بانه استجابه لمشاعر عدم الموافقه من جانب الكبار سواء كانوا حقيقين أو متخيلين وتقوم الشخصيه بمناورات دفاعيه للتغلب على القلق وحيث أن القلق ينبع أساساً من الشعور بتهديد الحاجه إلى الأمن فإن الوسائل الدفاعيه التى تعتمد عليها الشخصيه تتخذ أساساً لتحقيق الأمن بالحصول على الموافقه من الآخرين . واذا زاد خطر القلق حاول الفرد حصد هذا القلق فى اضيق الحدود بان يضيق خبراته ونشاطه مقتصرا على ما يستطيع أن يتنبأ تماماً بعواقبه وفى اثناء عمليه النمو قد يلجا الفرد إلى الانتباه الانتقائى حيث يؤكد فقط على المهم ويتجاهل غير المهم ويتغاضى عن الخبرات المقلقة أو المثمرة للقلق . (في : حامد عبد السلام زهران، 1997)

ب- النظريات المفسره للقلق :

1- نظريه التحليل النفسى

تستند نظرية التحليل النفسى التى قدمها سيجموند فرويد (1856- 1939) إلى وجود نوعين من التفكير يتحكمان فى

السلوك النهائي . النوع الاول يخضع لمبدأ اللذه وهو من خصائص اللاشعور . والنوع الثاني يخضع لمبدأ الحقيقه ويعمل في المستوى الشعوري وقبل الشعوري . (الفت محمد حقي، 1986، ص 64)

ووجه فرويد **Freud** النظر إلى القلق واهميته مؤكدا على أن الالم النفسي قد يتساوى او يفوق في شدته مع الالم العضوى (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص 114)

وقد ميز فرويد بين نوعين من القلق هما :-

القلق الموضوعي أو العادي **Real Or Normal Objective Anxietys** والقلق العصابي أو المرضي **Neurotic Anxiety** واشار إلى القلق الموضوعي أو العادي هو رد فعل مقبول لخطر موضوعي . هدفه حمايه الانسان . ينشأ عن غريزه حفظ الذات . فقيه يتحفز الجسم ويأخذ استعدادة لمواجهه الخطر أو بالهرب أو بأقتحام مصدر الخدر أو بالخضوع والاستسلام، أما القلق العصابي أو المرضي فهو حاله مستمره مبهمه غامضه من الشعور بالخطر والتهديد . (السيد إبراهيم السمادوني، 1981)

و يعزو ادلر **Adler** القلق إلى الاحساس بنقص حقيقي أو متخيل يبدد اراده القوه لدى الفرد . و" يونج " **Yung** إلى الاصطدام بما هو غير معقول ويفرد سوليفان **Sullivan** القلق إلى ادراك عدم الاستحسان من الآخرين المعنيين (فيولا البيلاوي، 1987، ص 7)

كما ميزت هورني **Horny** بين القلق السوي والقلق العصابي أو الاساسي فالأول عباره عن الخوف من احداث عينيه

كالموت أو حادثه من الحوادث، أما الثاني فهو عباره عن خوف ينبع من علامات مبكره حين يجابه الفرد لعالم عدوانى ويؤدى مثل هذا الخوف إلى تكوين عمليات دفاعيه كما يدور هذا القلق حول وجدانيات الاعتماد والحب لدى الفرد نحو الوالدين . ومعها وجدانيات العداوه نحوهما لاضطراد الفرد لان يكون معتمداً عليها (سعد جلال، 1992، ص248)

و حددت هورنى عشر حاجات أساسية أو استراتيجيات لخفض القلق لاقصى درجه عند الأطفال كالحاجه إلى العطف والقبول والحاجه إلى الاعتماد والقوه والتقدير الاجتماعى والانجاز الشخصى والطموح والاستقلال والاكتفاء بالذات والحاجه إلى الكمال وتجنب الاهانه والاعجاب الشخصى واستقلال الآخرين والعيش داخل نطاق محدد (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص199)

2- النظريات السلوكية :

(أ) النظرية الراديكاليه :

و من أهم روادها سكنر **Skinnr** الذى يتناول القلق على أساس الطرق التى يصير فيها القلق مقترناً بمواقف معينه من خلال التعلم وليس على الصراعات الداخليه كما يذهب الفرويديون .(فيولا الببلاوى، 1987، ص 9)

و كان سكنر يرفض اى تفسير خيالي للقلق ويرى أن وجود أسباب داخليه مجرد خرافه وانه عباره عن سلوك غير ملائم أو خطر

يهدد الفرد ويرجع إلى التعزيز أو في اغلب الحالات إلى العقاب . (محمد السيد عبدالرحمن، 1998، ص 561)

(ب) النظرية البديلة

تنشأ الاضطرابات السلوكية من وجه نظر أصحاب هذه النظريه من خلال عمليتي الصراعات اللاشعوريه القويه التي تنشأ اثناء الطفوله والكبت وهم يرون أن مثل هذه الصراعات العصابيه علمت (لقنت) بواسطه الوالدين وتعلمها الطفل . فالطفل سريع التأثير لمثل هذا التعلم المرضي بسبب عجزه من ناحيه ولكونه واقع تحت رحمه والديه من ناحيه اخرى تؤدي إلى تكوين صراعات داخليه انفعاليه حاده لدى الطفل منها الصراع المسمى (اقدام – اقدام) او الصراع (احجام – احجام) او الصراع اقدام – احجام أو الصراع اقدام احجام مزدوج . (انور محمد الشرقاوي، 1998، ص358، ص364)

ومن رواد هذه النظرية دولارد وميلر **Dollard & Miller** وقد اثبتوا أن القلق والخوف وغيرهما من مظاهر العصاب متعلمه وأنها تكبت في اللاشعور فقط إذا اكتسبت قبل تعلم اللغه . كما يتفقوا مع ادلر في اعتقاده أن القلق ينشأ لدى الطفل من اعتماده على والديه وخاصة الأم والتي تمثل المرحله الأولى والمبكره في علاقات الطفل الإنسانية والتي تلعب دورا هاما وحيوياً في عمليه التنشئة الاجتماعية . (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص ص598- 603)

(ج) نظريه التعلم الاجتماعي

و من أهم روادها باندورا **Bandora** وقد ركز على البيئة الاجتماعية والوراثة والزمن وعمليات التعلم التي من خلالها تمد البيئة الأفراد وتؤثر على سلوكياتهم بدرجه كبيره من خلال تصورهم للنتائج التي قد تنتج عن أفعالهم ويرى أن القلق عبارة عن استجابة من الصراعات الداخلية للفرد والعوامل البيئية المرتبطة به . (عبد الوهاب محمد كامل، 2002، ص ص 243- 245)

ج- القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً :

وقد أظهرت نتائج دراسات كاربينيلو وزملائه **Carpiniello et al 1995** وجود مستويات مرتفعه من الأعراض النفسيه بين اباء وامهات الأطفال المعاقين عقلياً حيث افصح افراد الدراسه عن وجود درجه مرتفعه من القلق مقارنه بآباء وامهات اطفال اسوياء . **(Carpiniell et al ,1995 p.942)**

والواقع أن ما تعاني منه الأسر التي لديها أطفال معاقون من مشاعر القلق يمكن تفسيره في ضوء احساسهم بالإحباط والعجز فهم يرون ابنهم يعاني وبشكل مستمر دون أن يكون لديهم القدرة على مساعدته خاصة وانهم يدركون أن حالته سوف تستمر معه طوال العمر .

ومن ناحيه آخرى فإن غياب كثير من التفسيرات عن اذهان اسر المعاقين عن اسباب حاله ابنهم أو مستقبله لاشك يؤدي إلى زياده مشاعر القلق لدى الاباء والأمهات . فهم يتملكهم خوف مسبق

وتحيط بهم تصورات سلبيه حول مستقبل ابنهم وتؤثر عليهم مشاعر الوصمه التي يكتسبونها مع الوقت خاصه في ظل وجود اتجاهات سلبية نحو المعاقين في المجتمع . (**Kelly ,1995 p16**)

لـذا أوصـت فاطمـه عيـاد (2002) ضـروره إمـداد الآبـاء والأمهات للاطفال المعاقين عقلياً بمجموعه من المعارف عن انواع إعاقة أطفالهم . وتقديم مزيد من الدعم الاجتماعي المتمثل في جماعات المسانده الاجتماعيه كما اوصت بالاهتمام بالخدمات الارشاديه لأسر الأطفال المعاقين وبما يلبى احتياجاتهم من تلقى الدعم المعنوى والتوجيه ويساعد فى التصدى للمشكلات الحياتيه اليوميه ويؤدى بهم إلى التخفيف من وطأه مشاعر القلق والاكتئاب . (فاطمة عياد، 2002، ص 540)

(3)- الاكتئاب:-

- مقدمة :

يعتبر الاكتئاب خبرة من الخبرات الإنسانية الشائعة فكل فرد من بني البشر تقريبا يمر في مرحلة من مراحل حياته بخبرة سيئة أو يعاني من علامة أو عرض أو اضـر مما يلي : الحزن – الضيق – التشاؤم – اليأس – العجز – عدم الأهمية – البكاء – فقدان الشهية – سوء الهضم – تناقص الدافع ...الخ . (أحمد عبد الخالق 1991، ص ص 79- 80)

والاكتئاب حالة انفعالية يشعر بها الفرد بالحزن وفقدان السعادة والإحساس بعدم القيمة وفقدان الأمل في المستقبل وبعض

الأمراض الجسمانية مثل توهم المرض واضطرابات الشهية في الشعور بالإجهاد هذا بالإضافة إلى مشاعر الذنب تجاه الذات وتجاه الآخرين . (هشام إبراهيم عبد الله 1991، ص 82)

ويعاني الأطفال الذين يظهرون أعراض اكتئابية من الحزن وعدم الاهتمام بالآخرين أو الأنشطة صعوبات في الأكل والنوم وأحيانا الحديث عن الرغبة في الموت من ضغوط بيئية حقيقية مثل فقدان أحد الوالدين أو التهديد بالفقد بسبب المرض أو الانفصال أو شعور الطفل بأنه لا يستطيع أن يصل إلى توقعات الوالدين الخاصة بالمدرسة أو الرياضة . (**Diane Papalia & Sally wed (Koselds 1997 , 401**

وقد لوحظ في عدد من الدراسات معدلات عالية من الاكتئاب وأشكال أخرى من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أطفال لآباء مرضى وجدانياً وقد أدي تكرار هذه الملاحظات إلى إجماع على أن مثل هؤلاء الأطفال يكونون عرضة لخطورة متزايدة من الاضطرابات النفسية التي قد تمثل بدايات أمراض وجدانية عند البلوغ .

(David Pellegrini et al 1986.PP .494.495)

ويشير أحمد عبد الخالق (1993) إلى أنه أصبح من المهم التعرف على الاكتئاب كأحد الاضطرابات الخطيرة التي يعاني منها الفرد خلال مراحل حياته وذلك بهدف وضع الخطط الإرشادية التي ساعدت على التعامل مع هذا الاضطراب وخاصة في مرحلة

الطفولة حيث أن سلامة العملية التعليمية وجدوى الاستثمار فيها مرتبطة بسلامة الصحة النفسية والجسمية والعقلية للمتلقي . (في : توفيق عبد المنعم توفيق 1997 ، ص 20)

والاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً حيث تقدر إحصائية منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد على 500 مليون إنسان وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7٪ من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10٪ في خلال أعوام قليلة . (لطفي الشربيني 2001، ص 31)

أ- مفهوم الاكتئاب:

تشير ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر 1992 إلى أن الاكتئاب مصطلح يستخدم لوصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها أما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضا لاضطراب بدني أو عقلي أو اجتماعي كما يشير أيضا إلى مجموعة أعراض فسيولوجية سلوكية ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية . (ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر 1992، ص 102)

ويعرفه مجدي أحمد (2000) بأنه حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق ويأسر في مواجهة المستقبل وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز والشعور بالذهان التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة . (مجدي أحمد عبد الله 2000، ص 185)

والاكتئاب لا يعني فقط الشعور بالحزن أو عدم السعادة ولكن الاكتئاب هو شعور بالفزع وعدم القدرة على الاستمتاع بالعلاقات والأنشطة . (**Linda Nielsen 1996, P589**)

ويعرف فرانك بدونو 1992 الاكتئاب بأنه حالة انفعالية سلبية تتسم بالحزن والشك الذاتي وفقدان الاهتمام بالحياة اليومية . (**Frank,Bruno ,1992 . D82**)

ويعرف غريب عبد الفتاح (2000) الاكتئاب بأنه وصف لعدد كبير من الظروف مثل مشاعر انخفاض المعنويات ، خيبة الأمل . أو ردود نفسية مؤقتة للإصابة أو الفقدان وان زملة أعراض الاكتئاب لا تتضمن اضطراب المزاج بل هناك أعراض مصاحبة أخرى مثل اضطراب الشهية اضطراب النوم اضطراب النشاط النفسي الحركي وانخفاض الطاقة انخفاض الطاقة الجنسية مشاعر بعدم القيمة أو بالإثم صعوبة في التركيز وفي الذاكرة والتفكير وأفكار تتعلق بالموت والانتحار . (غريب عبد الفتاح 2000، ص 410 – 411)

كما يعرف جاك ليتل(**Jack Lyttle** 1991) بأنه اضطراب تنخفض فيه الحالة المزاجية والحيوية إلى حد الضيق والانزعاج وقد تبدو الذات بلا قيمة والعالم بلا معنى وقد يكون هناك مشاعر اليؤس والقنوط وغالبا ما ترتفع خطورة الانتحار . (**Jack Lyttle,1991,P141**)

ويعرفه عبد الرحمن العيسوي (1990) بأنه عبارة عن حالة نفسية انفعالية من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والجزع يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية وتغيرات في محيط الدافعية أو في القوى الدافعة والمحركة للإنسان وفي الانطباعات المعرفية ويشكل عام في السلوك السلبي . (عبد الرحمن العيسوي 1990، ص 149)

ويرى ستراتون وهايس (1999) **Stratton & Hayes** الاكتئاب بأنه خلل في كل من الوظائف العقلية والفسيولوجية وعادة يوافقه شعور بالتعاسة والأعراض المشتركة وقد تصل الحالة في النهاية إلى الاكتئاب الذهني الذي يحتوي على بعض الأعراض إلى جانب أن حالة الحزن فيه تكون غير عادية **(Stratton & Hayes 1999.P51).**

كما يرى جروسير وسبافورد **Grosser & Spafford** **(1995)** الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب لا تصل إلى الهوس وتتصف بالانقباض الشديد والتقلبات المزاجية الحادة وفقدان الشهية والوزن أحيانا وحدوث إمساك وفقدان الاهتمام بالجنس أحيانا وتحدث نوبات الاكتئاب الحادة في حوالي 140 رجلا من بين كل 100 ألف رجل وفي حوالي 4 آلاف امرأة ما بين كل 100 ألف امرأة . وهناك أسباب سيكولوجية وفسيولوجية تسهم في حدوث الاكتئاب وكذلك عوامل اجتماعية .

(Grosser & Spafford ,1995. PP64.63)

ويعرف الدليل الإحصائي لاضطرابات العقلية والسلوكية DSM-111 الاكتئاب بأنه اضطراب يتضمن الأعراض المعرفية التالية : نقص الدافعية والحزن وانخفاض تقديرات الذات والشكاوى الجسدية وصعوبة التركيز والاعتقادات الشاذة والمندفعة والأفكار العنصرية أو التحيزية Racing thoughts الفرد الذي يعاني تلك السلوكيات الهوسية أعراض الاكتئاب السابقة .(في: آمال عبد السميع باظة 1999، ص 14)

ب- **النظريات المفسرة للاكتئاب :-**

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب وذلك باختلاف التوجيهات النظرية التي تفسر الاكتئاب . فهناك العديد من النظريات التي يمكن من خلالها فهم الاكتئاب وتفسيره ومن بينها النظرية المعرفية والنظرية البيولوجية ونظريه التحليل النفسي والنظرية السلوكية .

1- النظرية المعرفية :-

تؤكد النظرية المعرفية على أن الاكتئاب تنشيطا لثلاثة أنماط معرفية رئيسيه تؤدى إلى أن ينظر المريض إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصوره متميزة سلبيا ويسمى بيك هذه الأنماط **بالثالوث المعرفي وتلك المكونات هي :-**

المكون الاول :- هو نظرة المريض السلبية إلى نفسه إذا يعتبر المريض انه ناقص الكفاءة ويعاني من القصور والنبذ حيث ينزع إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى النقائض مفترضة فيزيقيه

أو عقليه أو خلقيه وفى رأيه أن لاقيمه له بسبب هذه النقائص المفترضة كما أنه ينزع إلى رفض نفسه بسببها وفضلاً عن ذلك فهو ينقصه الخصائص التي يراها أساسيه لتحقيق السعادة .

المكون الثاني :- في الثالوث المعرفي هو التفسير السلبي للخبره فالمريض يميل إلى أن يرى عالمه الشخصي يتطلب في امور معقولة ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة أو انه محروم من الشعور باللذة أو الإشباع.

المكون الثالث :- هو النظره إلى المستقبل بصوره سلبيه ويوجد هذا العرض في كل أنواع الاكتئاب تقريباً . فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحاليه دون نهايه وهو لا يرى امامه غير المصاعب والحرمان والاحباط كما يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من اعمال . (لويس كامل مليكه، 1990، ص ص 231- 232)

وبذلك فإن النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب تستند إلى أن أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب، وان هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك . ونتيجة لهذا التفاعل فإن المعارف الخاطئة أو التطورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سالبة وسلوكيات معوجة أو مضطربة، هذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشوه المعرفي الذي يعد في نظر المعرفيون هو المسئول الأول عن حدوث الاكتئاب **(Datillio&Freeman , 1994 P.P 6- 8)**

2- النظرية البيولوجية :

يرى أصحاب النظريه البيولوجيه أن الخبرات الانفعاليه تؤثر على النشاط الكيميائي للمخ وفي المقابل فان الافكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتبدل نتيجه تغيرات كميائيه في المخ حيث هناك بلايين الخلايا العصبيه التي ترسل الرسائل الكهربائيه عن طريق الموصلات العصبيه المتمثله في المواد الكميائيه وهناك أشياء كثيره يمكن أن تحدث مثل خلل في الخلايا العصبيه أو نقص المقدار المنقول أو المسحوب من الماده الكميائيه أو خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال والخلل في كل تلك الأمور يسهم بشكل رئيسي في الإصابة بالاكتئاب (حسن ابراهيم عبد اللطيف، 1997، ص 48)

كما أرجعت النظريه البيولوجيه الاكتئاب إلى نوعين من العوامل البيولوجيه هما العوامل الوراثيه والعوامل المرتبطه بالكيمياء العصبيه فيرى انصار التفسير الوراثي أن افراد معينيين يرثون استعداد لعمليات بيولوجيه مضطربه وقد ركزت معظم التوجيهات الخاصه بالمجالات البيولوجيه للاضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبيه بالرغم من صعوبه تحديد العلاقات الدقيقه بين العامل الوراثي والاكتئاب الا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبيه قد كان نجاحا بسبب وضوح المعايير الشخصيه . (Marsella , 1996 P. 243)

و تأكيد إلى دور الناقلات العصبيه في حدوث الاكتئاب اوضحت بعض الدراسات ذلك من خلال عمليه التخطيط الكهربائي للدماغ اثناء النوم وخاصه عدم الاستغراق في النوم ويظهر من خلال الموجات البطيئه والزياده الواضحه في كميه حركه العين مما يدعم الرأي القائل بأن الاختلال الوظيفي للناقلات العصبيه قد يكون المسئول عن اضطرابات النوم لدى الاشخاص المكتئبين . (محمد السيد عبد الرحمن، 2000، ص ص 349- 350)

3- نظريه التحليل النفسي :

وقد ركزت نظريه التحليل النفسي على النظر إلى الاكتئاب على انه غضب موجه داخلياً نحو الذات في عقاب فقدان حقيقي أو رمزي غير أن مجموعه كبيره من الدراسات اثبتت أن كميه العدوان لدى حالات الاكتئاب ليست عالية في حين أن الاكتئاب يرتبط بالفشل بصوره أكبر من ارتباط بالعدوان . (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص 314)

وترى نظريـة التحليل النفسي أن التناقض العاطفي هو الخاصيه الاساسيه للحياه النفسيه لدى مريض الاكتئاب فكميه الحب وكميه الكراهيه اللذان يتعايشا معا تكون اقرب إلى التكافؤ مرضى الاكتئاب عارضون عن الحب لانهم يكرهون كلما احبوا ولقد قرر (ابراهام) أن مريض الاكتئاب متناقض

العاطفه ازاء نفسه بقدر ما هو متناقض العاطفه ازاء الموضوعات . (محمد عبد الظاهر الطيب وآخرون، 1994، ص 428)

و فى التفسير الفرويدى للاكتئاب نجد أن الفرد المهيأ للاكتئاب جمد على مرحله يتوقف فيها تقديرا لذاته على الاشباع الخارجى من الآخرين أو شعوره بالذنب ينكص به إلى هذه المرحله حيث يصبح فى حاجه إلى الاشباع الخارجى فاذا لم يتم اشباع حاجاته النرجسيه يصبح تقديره لذاته خطر ويكون على استعداد للقيام باى عمل ليرغم الآخرين على أن يشركوه فى مصادر قوتهم ويؤدى جمود هؤلاء الأطفال على مرحله طفليه إلى مقابل الاحباط بالعنف ويؤدى بهم للوصول إلى مايريدون بالخضوع والذله ويجدون نفسهم فى صراع بين اسلوب العنف واسلوب الخضوع . (علاء الدين كفافى، 1999، ص228)

أمـا رادو **Rado** فيرى الاشخاص المعرضون بالإصابة بالاكتئاب هم الذين يعتمدون بشده على الآخرين فى تقدير ذواتهم بدلا من الاعتماد على الانجازات الشخصيه لبلوغ هذا التقدير وبسبب هذا الاعتماد على الآخرين فانهم يتأثرون بشكل يفوق الآخرين بما يحدث لهم من احباطات وخيبه امل فتؤدى بهم فى البدايه إلى العدوانيه التى تؤدى بابتعاد الآخرين عنهم ثم يحاولون مصادر اكتساب دعمهم من خلال المعاناه وتحقير الذات وغيرها من الأعراض المبكره للاكتئاب وان حدث ولم يتحقق لهم هذا السلوك وهو استعاده العاطفه المفقوده فان هذه الأعراض تتصاعد إلى مرحله

تعذيب الذات وطلب التويه والشعور بالذنب ثم الاكتئاب .
(Ian & Constace 1992 , P.70)

4- النظريه السلوكية :

توضح النظريه السلوكية أن الاكتئاب هو انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح . وينتج عن انخفاض معدل التدعيم الايجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهه والبغيضه . وهذا يعني أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه أو زياده الاحداث غير السارة . وكلها تؤدى إلى حالة الاكتئاب ومن هنا فان الفكره الرئيسيه عند اصحاب النظريات السلوكية عن الاكتئاب هي انه يحدث نتيجه لتشكيله من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤديه إلى نتائج ايجابيه له أو زياده معدل الخبرات السيئه والتي تكون بمثابه عقابا له . (أحمد عبد الخالق، محمد نجيب الصبوة، 1996، ص 151)

ويرى بعض السلوكيين أن الاكتئاب يحدث نتيجه لانسحاب مصادر التعزيز المعتاده أو غيابها من حياه الفرد . كالزواج أو الوظيفه أو الثروه أو النجاح ونتيجه لذلك يقل معدل نشاطه واذا لم يشعر الفرد تعزيزا أو تدعيما وتعاطفا ومسانده من قبل الآخرين لاستعاده المعدل المعتاد النشاط فانه ياخذ في المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تماما ويكتئب . (عبد المطلب امين القريطي، 1997، ص 396)

وتفسير النظرية السلوكية حالات الاكتئاب وكل الانفعالات العصابية على أنها استجابة شرطية أو ردود فعل لتلك الاستجابة المشروطة فإذا كان كذلك فإن الأعراض هي المرض ويكون العلاج فعالا أن تخلصنا من الأعراض ويعتبر المرض النفسي سلوكاً شاذاً ومكتسباً من عمليات خاطئة من التعلم . (عبدالستار إبراهيم 1994، ص 72)

كما ينشأ الاكتئاب في النظرية السلوكية نتيجة عدم القدرة على التصرف بطريقة يتم تدعيمها بشكل ايجابي وتفتقر المكتئب لمخزون مناسب من الاستجابات المدعمة أو يتصرف بطريقة تزيد الكآبة التشاؤم انقصاص قدر الذات والتي هي من مظاهر الاكتئاب وقد يتم تقديم أسباب متعددة لتفسير عدم قدرة المكتئبين على التصرف بطرق تؤدي إلى التدعيم الايجابي، اولاً : قد تمثل البيئة النفسية الاجتماعية مشكلة حيث يوجد القليل من فرص التدعيم الايجابي أو قد تتقل البيئة بالعقاب أو الخبرات العكسية، ثانياً : قد يكون مهارات الفرد الخاطئة بمواجهة الضغوط والبحث عن خبرات ايجابية محددة، ثالثاً : قد يفتقر الفرد للسمات الشخصية ذات القيمة التدعيمية من الناحية الاجتماعية مثل الجاذبية الاجتماعية الصداقة أو مهارات الاتصال، رابعاً : يبدو التدعيم أقل ايجابية عندما يكون الأفراد مكتئبين **(Lewinsohn & Talkington 1979 P. 72)**

و في دراسه اجرها كوبي وهمر (**Kobe & Hammer** **1994**) يهدف تحديد العلاقه بين اعراض الاكتئاب والمشكلات

السلوكية وبين الضغوط العائليه وقد اوضحت النتائج وجود ارتباط بين حجم مشكلات الطفل وبين شعور الأسرة بالمشقه والاكتئاب وتدهور العلاقات الأسريه . (Kobe&Hammer. 1994 p.221)

ج- الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً:-

يؤكد هاردمان واخرون (Hardman . et al 1984) بقولهم لايوجد مكان يتأثر لوجود طفل معاق أكثر من الأسرة فان ولاده طفل معاق عقلياً قد يغير من كيان الأسرة واستجابات وتفاعلات اعضاء الأسرة بعضهم ببعض من جانب وتفاعلاتهم والطفل المعاق عقلياً من جانب اخر فقد يشعر الابناء بخيبه أمل والغضب والاكتئاب والشعور بالذنب (في: عادل عز الدين الاشول، 1993، ص 17)

كما أجرت سوزان ماكودرموت واخرون (Mcdermott. et .al 1997) دراسه عن امهات لاطفال متاخرين عقلياً بهدف التعرف على مستويات الاحتراق النفسي للامهات ومدى توافقهم تبعا لوضع الطفل في احدى مؤسسات الرعايه أو وجوده داخل المنزل . اشارت الدراسه إلى أن الأمهات اللاتي يكفلن اولادهن داخل المنزل يعانين من مستوى اعلى من الاحتراق النفسي في حين أن الأمهات اللاتي يعيشن اطفالهم داخل المؤسسات الرعايه يعانيين من الاكتئاب والعصابيه وعدم التوافق مع الاصدقاء والتعب والاجهاد بقدر اعلى خاصه عند زياره اطفالهن . (سوزان ماكودرموت واخرون، 1997، ص ص 102- 104)

وهناك مشكلات أسريه تواجهها أفراد أسرة الطفل المعاق تظهر بمجرد قدومه للاسره ومعرفتها باعاقته وفي كافه مراحل حياته ونموه داخلها الأمر الذي يتطلب ضروره التدخل المهني لمواجهه هذه المشكلات ومحاوله تجنب الكثير من اثارها السلبيه علي الطفل واسرته لتحقيق مستوى افضل من التوافق النفسي والاجتماعي للاسره . (زينب حسن ابو العلا ، 1990ص64)

5- التراث السيكولوجي في الدراسات والبحوث للمشكلات السلوكية والوجدانية لدى المعاقين عقلياً

o قام عبد الرقيب احمد إبراهيم (1981) بتحديد الأنماط السلوكية المضطربة الأكثر شيوعا لدى المعاقين عقلياً والكشف عن ديناميات العلاقة الشخصية والصراعات وميكانزمات الدفاع والأنماط السلوكية المضطربة للوقوف علي العوامل المهنية المساعدة علي ظهور النمط السلوكي المضطرب . واشتملت العينة علي (102) مفحوصا منهم (77) من الذكور و(25) من الإناث ممن بلغت متوسطات أعمارهم الزمنية (14,9) سنة ومتوسطات نسبة ذكائهم (48.84) وشملت العينة طبقات اقتصادية اجتماعية من المستوى المتوسط ودون المتوسط وتم التجانس بين أفراد العينة في السن ونسبة الذكاء والمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة. وقد دلت النتائج علي أن الأفراد المتخلفون عقلياً يعانون من بعض أنماط السلوك المضطرب والتي يمكن حصرها وفقا لشيوعها علي النحو التالي :الاضطرابات الانفعالية – السلوك العدواني –

السلوك المضاد للمجتمع – سلوك التمرد – العصيان – السلوك الانسحابي –السلوك الجنسي للنشاط الحركي الزائد – عادات غير مقبولة – السلوك النمطي واللزمات – عادات صوتية غريبة – سلوك غير مناسب في العلاقات الاجتماعية - سلوك إيذاء الذات، كما أشارت النتائج إلى أن السلوك المضطرب جنسيا لم يكن نتيجة أولية للقدرة العقلية المحددة وإنما كان يتعلق أيضاً ببعض وظائف الشخصية المضطربة مثل عدم الاتزان أو الميل إلى السيطرة وكذلك ضعف الانا الاعلى والميل إلى الفردية والسذاجة

- وقام مايكل ابستين ودوجلاس جولان **Mikeale Douglasg** **(1985)** بالتعرف على المشكلات السلوكية لدى المتأخرين عقلياً في المراحل السنية للمرحلة الابتدائية والإعدادية مقارنة بعينة من غير المتأخرين، وتكونت عينة الدراسة من (360) طالب من المتأخرين عقلياً (360) من الطلاب الغير المتأخرين من فئة القابلين للتعلم بنين وبنات وتم استخدام عدة لمرحلتين عمريتين من (6- 11) سنة ومن (12- 18) سنة ومن أدوات الدراسة قائمة بالمشكلات السلوكية وأسفرت الدراسة عن : وجود مشكلات سلوكية لدى المتأخرين عقلياً وهي العدوان اضطراب الانتباه القلق عدم الكفاءة الاجتماعية، كما توصلت الدراسة إلى أن الذكور وكبار السن لديهم عدد اكبر من المشكلات بالمقارنة بالإناث وصغار السن كذلك اختلاف

الأطفال المتخلفين عن الأطفال العاديين في متغيرات (العدوان – اضطراب الانتباه – القلق)

- وكشف جمال الخطيب (1988) عن المظاهر السلوكية غير التكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بمدارس التربية الخاصة في عمان. وقد تألفت عينه الدراسة من (144) طفل وطفلة من المتخلفين عقلياً واستخدم الباحث أدوات لجمع البيانات قائمة تقدير مظاهر السلوك اللاتوافقي الشائعة للأفراد واستمارة جمع البيانات الخاصة. دلت النتائج أن نسبة حدوث مظاهر السلوك غير التكيفي التي تمت دراستها كما يلي (العنف – السلوك الغير اجتماعي – التمرد عدم الثقة – الانسحاب – السلوك النمطي – عادات شخصية مستهجنة – عادات كلامية غير مقبولة – عادات شاذة – إيذاء الذات – النشاط الذائد – الاضطرابات النفسية – كذلك كانت الفروق في مظاهر السلوك لصالح الأفراد الذين يزيد عمرهم عن (13)سنة.

- وفحصت عفاف محمد عبد المنعم (1991) المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بمدارس التأهيل الفكري. وتم تقسيم عينة الدراسة إلى قسمين الأول يضم (23) فردا من المعلمين والمشرفين والآباء والقائمين بالعملية التعليمية قابلتهم الباحثة بغرض تحديد أهم المشكلات لدى الأطفال. والقسم الثاني شمل عينة من الأطفال المعاقين لمدارس التأهيل الفكري تكونت من (42) طفلا (41) طفلا

من الأطفال العاديين بمدارس الابتدائية من نفس سن عينة المعاقين عقلياً . وكان المتوسط الحسابي للعمر الزمني لعينة المعاقين عقلياً 13.29 سنة بانحراف معياري 1.6 بينما كان المتوسط الحسابي للعمر الزمني لعينة العاديين 13.4 بانحراف معياري قدره 0.92 . وتوصلت الباحثة إلى نتائج كان من اهمها أن الأطفال المعاقين عقلياً يعانون من مشكلات سلوكية ترتبت وفقا لتكرارها في اراء الآباء والمشرفين والقائمون بتعليم هذه الفئة على النحو التالي « العدوان، العنف، المشكلات الاخلاقية، النشاط الزائد، المشكلات الاجتماعية والمشكلات الصحية واللزمات الحركية العصبية، مشكلات السلوك الدافعي ونقص الدافعية، مشكلات السلوك اللفظي.

- وتعرف عادل سعد خليل حرب (1992) على خصائص بعض المثيرات المعرفية والاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة الإعاقة العقلية الخفيفة مقارنة بالأطفال المعاقين . وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلا من المعاقين عقلياً (الإعاقة الخفيفة) . وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى مستويات اقتصادية واجتماعية منخفضة ونظرا لنقص الخبرات والتدريبات التي تتاح لهؤلاء الأطفال في سن ما قبل المدرسة فان الغالبية العظمى منهم لا يتعلمون بنفس المعدل الذي يتعلم به غيرهم من الأطفال . فانهم يستمرون في التخلف أكثر فأكثر كلما تقدموا في العمر وذلك لحرمانهم من الاستثارة الذهنية في اطار الجو الأسري الذي يعكس عدم الشعور بالأمن والاستقرار

- وفحص ديفي اب، اخرون Dave - up et al (1993) الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وتألفت عينة الدراسة من (40) من الأطفال المعاقين عقلياً من الملتحقين بمدارس التربية الخاصة من الجنسين واستخدم الباحثون اختبارا لتحديد الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال . وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود عدد من السلوكيات الشاذة والاضطرابات السلوكية لديهم كان من أهمها النشاط الزائد ووجود قدر كبير من التعارض والتناقض فيما يقوم به الطفل من سلوكيات هذا بالإضافة إلى معاناة هؤلاء الأطفال من كثير من السلوكيات النمطية الشاذة وغير المقبولة ونزوعهم الدائم نحو العدوانية ضد الذات والآخرين .

- وقام جوي ديفيد الان Goe David Alan (1994) بدراسة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً المصابين باعراض داون وعلاقاتها باحداث الحياة . وتألفت عينة الدراسة من (88) طفلا من الجنسين الذين تتراوح اعمارهم ما بين (6- 15) سنة مقسم إلى مجموعتين (المجموعة الاولى وقوامها 44 طفلا من الأطفال المعاقين المصابين باعراض داون - المجموعة الثانية وقوامها 44 طفلا من الأسوياء) . وقام الباحث بإجراء التجانس بين المجموعتين من حيث العمر الزمني والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وقام الباحث باستخدام اسلوب الملاحظة ومقياس تحديد السلوك التكيفي لدى الأطفال عينة البحث كما قام بالاستعانة باراء المعلمين والآباء لتحديد

المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً باستخدام قائمة المشكلات السلوكية والتكيفية . وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في الاضطرابات السلوكية لدى أفراد المجموعتين من المعاقين والاسوياء حيث تبين أن الأطفال المعاقين عقلياً كانوا يعانون من حد اكبر من المشكلات السلوكية الخاصة بالنسبة بالسلوك الانسحابي الاجتماعي بأبعاده الثلاثة التي تشمل الانطواء والخجل والميل إلى الجمود وعدم النشاط الحركي، كما تبين وجود ارتباط دال بين تزايد السلوك الانسحابي والاجتماعي وعدم قدرة الأطفال المعاقين عقلياً على الحصول على المساندة والدعم اللازم لمواجهة احداث الحياة الضاغطة

- وكشف فيي في Fee-vee (1994) عن الاضطرابات السلوكية والنشاط الزائد لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وتألفت عينة الدراسة من (100) طفل من الأطفال الذكور الملتحقين بمدارس الدمج من المعاقين عقلياً وغير المعاقين عقلياً وتم تقسيم العينة إلى أربعة مجموعات طبقا لمستوى الذكاء ومستوى الإعاقة العقلية حيث تألفت المجموعة الأولى من أطفال عاديين يبلغ عددهم (25) طفلا بينما تألفت المجموعات الثلاثة الباقية من (25) طفلا معاقا كل مجموعة من المجموعات من المجموعات التي كانت تتدرج طبقا لمستوى الإعاقة العقلية . واستخدمت الباحثة مقياس كونرز للمعلمين لتحديد مستوى المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً

وقائمة (Connors teacher Rating scale (STRS) الأعراض وسلوك النشاط الزائد لدى الأطفال. وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق داله بين أفراد مجموع الأطفال العاديين وباقي المجموعات الثلاثة التي شملت أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً حيث تبين أن الأطفال المعاقين عقلياً كانوا أكثر شعوراً بالقلق من الأطفال العاديين، لبينما كان الأطفال العاديين أكثر اجتماعية واظهراً للسلوكيات الاجتماعية الايجابية من أقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً من المجموعات الثلاثة. كما تبين أيضاً وجود فروق دالة بين أفراد المجموعات الثلاثة الخاصة بالأطفال المعاقين عقلياً في الاضطرابات السلوكية وأن الاضطرابات السلوكية كانت ترتبط ارتباطاً دالاً وموجبا بمدي شدة الإعاقة العقلية لدى أفراد العينة.

- وتناولت باربارا هيلمس Barbara H. (1996) المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال المعاقين عقلياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة. وتكونت عينة الدراسة من (720) طالبا من الجنسين من الطلاب في الصفوف من (4- 12) في المدارس الريفية والحضرية من الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً منهم (249) طفلا يعانون من الإعاقة العقلية وكان (54.2) ٪ من هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات انفعالية ومشكلات سلوكية بالإضافة إلى وجود الإعاقة العقلية. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى هؤلاء

الأطفال كانت تقترن بصورة دالة بقدر أكثر من عدم القدرة على التحصيل الأكاديمي وتدني المستوى الدراسي ومفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال وتزايد المشكلات السلوكية وسلوكيات عدم التوافق لديهم حيث تبين أيضاً وجود علاقة سالبة دالة بين المشكلات السلوكية والانفعالية والسلوك التكيفي لدى هؤلاء الأطفال .

- وبحث رابيت هاسلم، آخرون **Rabeet, Haslam et al &** (1996) المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال عقلياً ودور المعلمين في تشخيص وعلاج هذه المشكلات، حيث قام الباحثون باستعراض أهم البحوث والدراسات التي اجريت على الأطفال المعاقين عقلياً منه القابلين للتعلم والتي تناولت المشكلات والاضطرابات الانفعالية والنمائية لديهم خاصة في البيئة المدرسية . وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود مجموعه من المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال مثل العدوانية والنشاط الزائد وعدم القدرة على تناول الطعام وايذاء الذات . كما أشارت النتائج أيضاً إلى عدم قدرة هؤلاء الأطفال على إقامة العلاقات الاجتماعية أو التواصل بصورة سليمة مع بعضهم البعض، هذا بالإضافة إلى الكثير من مظاهر سوء التوافق لديهم لذا أكد الباحثون القائمون بهذه الدراسة على ضرورة الاهتمام بالبرامج التدريبية والإرشادية لهؤلاء الأطفال حتى يمكن مساعدتهم على تدارك هذه

السلبيات والعمل من اجل تنمية قدراتهم المحدودة إلى اقصى حد ممكن .

- وتعرف كل من ويلز نيكسمول، آخرون Walz , Nucolag & et al (1996) على الفروق الموجودة بين أفراد العينتين من حيث السلوك التوافقي والمشكلات الانفعالية واثر هذه المشكلات على نمو السلوك العدواني لدى هؤلاء الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (39) طفلا من الأطفال المعاقين عقلياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة من الجنسين منهم (19) طفلا من الأطفال العدوانيين (21) طفلا من الأطفال غير العدوانيين . وقد استخدم الباحثون في دراستهم مجموعة من الأدوات كان من اهمها : استمارة لجمع البيانات . وقائمة لحصر الاضطرابات السلوكية بالإضافة إلى مقياس للحالة الانفعالية لدى هؤلاء الأطفال وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود دالة بين أفراد المجموعتين من الأطفال العدوانيين وغير العدوانيين في المشكلات والاضطرابات السلوكية والعدوانية حيث تبين أن الأطفال العدوانيين كانوا يعانون من قدر اكبر من الانفعالات السلبية والاضطرابات السلوكية وعدم القدرة على التعبير عن انفسهم أكثر من اقرانهم من الأطفال المعاقين عقلياً غير العدوانيين مما يؤكد وجود علاقة دالة موجبة بين المشكلات السلوكية ونمو العدوانية لدى هؤلاء الأطفال .

- ويبحث صلاح مراد، امان محمود (1998) الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى الأطفال المتخلفين

عقلياً ، شملت عينة الدراسة (70) طفلا من المعاقين عقلياً مستوى ذكائهم ما بين (55- 70) كما إنها اشتملت على (70) طفلا من الذكور والإناث العاديين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (6- 12) سنة وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات (مجموعة من الأطفال بمدارس التربية الفكرية وقوامها 35 طفلا من المعاقين عقلياً - مجموعة من الأطفال الغير الملتحقين بالمدارس وتحت رعاية المؤسسات الخيرية وقوامها 35 طفلا من المعاقين عقلياً - كما اختيرت مجموعة من الأطفال الاسوياء حجمها (30) طفل وطفلة من المدارس العادية لمقارنتهم مع عينة المعاقين عقلياً في ابعاد الحالة المزاجية وتحديد السلوك ومركزية الذات) . وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة بين الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً في جميع ابعاد متغيرات الدراسة مما يشير إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً أكثر تأثيرا واضطرابا وضعفا في التآزر الحركي ونقصا في التوجيه الزماني والمكاني وضعف في تذكر وفهم اللغة المنطوقة والفهم السماعي واقل اجتماعيا وتعاونا من العاديين داخل معرفة لخصائصهم الجسمية واقل ثقة بالنفس، كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في أبعاد الحالة المزاجية وتقدير السلوك ومركزية الذات . أماً من حيث الفئة العمرية فقد دلت النتائج عن وجود فروق دالة عند مستوى 0.1 بين متوسطي الحالة المزاجية الكلية ومستوى العدوانية لصالح الكبار وهذا يعني أن

الكبار كانوا أكثر عدوانية من الصغار كما أن حالتهم المزاجية أكثر تذبذبا واضطرابا من الصغار

- وقارنت فاطمة عياد (2002) بين عينة من آباء وأمهات والأطفال المتأخرين عقلياً وأخرى من آباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب، وتقدير الذات، اشتملت عينة الدراسة على (89) أباً لأطفال متأخرين عقلياً (190) أماً الأطفال، 51 أباً لأطفال عاديين، (51) أماً لأطفال عاديين، وتضمنت أدوات الدراسة مقاييس القلق والاكتئاب وتقدير الذات . أوضحت النتائج ارتفاع مستوى القلق لدى آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً بالمقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين، كما كشفت ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى آباء الأطفال المتأخرين عقلياً بالمقارنة بآباء وأمهات الأطفال العاديين في حين لم تكن هناك فروق بين آباء وأمهات الأطفال العاديين وآباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً في مستوى تقدير الذات .

- ودرس سوكودلسكي **Sukhodolsky** (2005) العدوان- وسلوك عدم الإذعان – الأطفال الذين تم حجزهم بمستشفيات التخلف العقلي . اشتملت عينة الدراسة على (86) طفلاً متأخرين عقلياً، تتراوح أعمارهم بين (2.4 - 10.8) عام، واستخدمت الدراسة مقياس العدوان المعدل ومقياس السلوك المدمر ومقياس الإذعان . أوضحت النتائج وجود علاقات وارتباطات بين الأنواع الأربعة صور للعدوان (اللفظي – البدني ضد الذات – البدني ضد الآخرين – البدني ضد الأشياء) وبين سلوك عدم الإذعان،

كما صاحب ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال سلوكيات استخدام القيود والعزل، وارتبط سلوك عدم الإذعان بطول مدة العلاج وعدد الأدوية المستخدمة في العلاج.

- وقدم دوما وآخرون Douma et al., (2006) الدعم والمساعدة لآباء الأطفال المتخلفين عقلياً، نظراً لحاجتهم الشديدة إلى مثل هذا النوع من الدعم. اشتملت عينة الدراسة على (745) طفلاً متأخرين عقلياً، تتراوح أعمارهم بين (10 - 12) عام، (289) أباً لديهم اضطرابات سلوكية وجدانية، واستخدمت الدراسة استمارة لجمع المعلومات وقائمة ملاحظة ومقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية. أوضحت النتائج أن أغلب آباء في احتياج للدعم (حوالي 88.2٪) المتمثلة في الرعاية الصحية للأطفال وإمدادهم بالمعلومات والاستماع إلى احتياجاتهم، وكان الأبناء الذين فهموا مشكلاتهم واضطراباتهم الوجدانية والسلوكية هم أكثر احتياجاً للدعم وتخفيف الشعور بالقلق الناجم عن مشاكلهم السلوكية والوجدانية.

- وفحص هولدن وجتلسن Holden & Gitlesen (2006) السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً لدى الأفراد المتخلفين عقلياً كالعدوان بشتى صوره. اشتملت عينة الدراسة على (50) طفل متأخر عقلياً من الأفراد المتخلفين عقلياً بمؤسسات التربية الفكرية، واستخدمت الدراسة مقياس السلوك العدواني للأفراد المعاقين عقلياً. أوضحت النتائج من بينها أن الأفراد

المعاقين عقلياً يظهرون سلوكيات منافية للمجتمع لتتمثل في العدوانية، تظهر في تدمير الأشياء وتدمير الممتلكات العامة والخاصة وإيذاء الآخرين والاعتداء عليهم وتجريح نفسه، وأن هذه السلوكيات لا ترتبط بنوع الطفل المتخلف عقلياً.

مما سبق يتضح أن الاضطرابات السلوكية والوجدانية والمظاهر السلبية واللاسوية تعد من أبرز سمات الأطفال المعاقين عقلياً، كما تبين أيضاً أن مشكلة السلوك العدواني كانت من أهم الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وذلك كما أوضحت دراسة عفاف عبدالمنعم 1991 والتي اهتمت بالمشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المعاقين عقلياً . كما توصلت إلى أن السلوك العدواني كان في مقدمة المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين عقلياً وفقاً لتكرارها في اراء الآباء والمشرفين والقائمون بتعليم هذه الفئة وهناك بعض الدراسات التي استعرضت المشكلات السلوكية والوجدانية وهدفت إلى التعرف عليها كدراسة **Fee .vee (1994) Daveaup , et al (1993) , Walznicalag , et al (1996) Rebort Haslem , et al. (1996) ,Mikeale Dauglas (1985) Barbara Helns (1996) ,** وفي دراسة فاطمة عياد (2002) والتي اهتمت بمقارنة بين آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً وآباء وأمهات الأطفال العاديين في مستوى القلق والاكتئاب وتوصلت إلى أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً يعانوا من القلق والاكتئاب . ويتضح من خلال البحوث والدراسات

أن السلوك العدواني والقلق والاكتئاب كان من أهم الاضطرابات السلوكية والوجدانية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال واتضح أيضاً أن شدة الإعاقة العقلية كانت تؤثر تأثيراً سلبياً على معظم جوانبهم الشخصية . وأكدت الكثير من البحوث والدراسات على ضرورة الاهتمام بوضع الخطط والاستراتيجيات والبرامج التربوية والإرشادية للأطفال المعاقين عقلياً من اجل خفض حدة الاضطرابات السلوكية والوجدانية وتعديل السلوك لمواجه القصور وتنمية قدراتهم .

6- البرامج الإرشادية والتربوية لدى الأطفال المعاقين عقلياً على بعض المشكلات السلوكية والوجدانية

- تعرف (هامس وآخرون Humes et al 1985) عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين مفهوم الذات وتعديل السلوك لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم . اشتملت العينة على (280) من المعاقين عقلياً بواقع (130) من الذكور و(150) من الإناث ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (13- 17) سنة ونسبة ذكائهم بين (53- 77) كما حددها اختبار بينيه، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة . وخضعت المجموعة التجريبية الإرشادية لبرنامج الإرشاد الجماعي استمر لمدة اثنى عشر جلسة ارشادية، كانت الثلاث جلسات الأولى تهيئة للبرنامج، أما الجلسات الأخرى فقد كانت بناءة ومتوافقة مع المشكلة وقد كان تركيز المرشد في المراحل الاولى على محاولة كسب ثقة المجموعة وشرح مضمون الجلسات طبقاً لأهداف اعضاء

الجماعة وتفهمهم لمشكلات المراهق التي تعرضها الصورة بالكرت الموضح لمضمون المشكلة وكانت كل جلسة تستخدم كارتاً واحداً ليساعد أعضاء الجماعة على التركيز والانتباه إلى المشكلة التي تعرضها الصورة، وكان الكارت يعرض أولاً كل عضو على حدة ثم يوضع في وسط المائدة مع استخدام الأساليب الفنية المباشرة وغير المباشرة لكي يظل انتباه أفراد المجموعة مركزاً على المضمون البارز في الكارت الموجود أمامهم. وأسفرت النتائج عن أن أفراد المجموعة التجريبية الذي تلقوا البرنامج الإرشادي أظهروا تحسناً واضحاً في السلوك التوافقي وكذلك أظهروا تحسناً ملحوظاً من حيث مفهوم الذات: كما أظهروا تحسناً واضحاً وأكثر ايجابية في اختبارات العلاقات الاجتماعية وقد توصل الباحثون إلى نتيجة مؤداها أن تعدد الأساليب والفنيات والاستراتيجيات الإرشادية والعلاجية المستخدمة في مجال الإعاقة العقلية يمكن أن يفيد في تعديل السلوك وتحسين مفهوم الذات لدى الأطفال المعاقين عقلياً

- وأعد (صالح عبدالله هارون 1985) برنامج تربوي خاص لفئة المعاقين عقلياً القابلين للتعلم بالمرحلة الابتدائية ودراسة أثره من حيث اكسابهم مهارات السلوك التوافقي. واشتملت العينة على (60) طفلا من المعاقين عقلياً المنتظمين في الدراسة بمؤسسة التثقيف الفكري بحدائق القبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (9- 13 سنة) ونسبة ذكائهم ما بين (50- 70) وتم اجراء التجانس بين أفراد العينة في الذكاء والمستوى الاجتماعي

والاقتصادي للأسرة ، وقد أسفرت النتائج عن زيادة الدرجة الكلية للسلوك النمائي للمجموعة التجريبية ، فقد طرأ تحسن في مجالات الاضطرابات السلوكية وهي السلوك المضاد للمجتمع سلوك التمرد والعصيان، سلوك لا يوثق به السلوك المدمر، الاضطرابات الانفعالية سلوك العلاقات الاجتماعية غير المناسبة، سلوك ايذاء الذات، السلوك الانسحابي عادات غير مقبولة اجتماعياً ، بينما لم يحدث اي تحسن في المجالات الأخرى وهي السلوك الشاذ ، اللزمات النمطية وعادات غير مقبولة واستخدام الأدوية . كما أوضحت نتائج الدراسة مدى حاجة هؤلاء الأطفال إلى مهارات السلوك التوافقي ومدي إمكانية استفادتهم من برامج الرعاية التربوية الخاصة والتي تعد بهدف تنمية تلك المهارات

- واختبر جانسن وكومبس **Gansne & Kombs (1987)** تأثير الممارسات والخبرات والتدريبات للياقة البدنية وأساليب التدعيم على تعديل السلوك اللاتوافقي والاضطرابات الانفعالية . وتكونت عينة الدراسة من خمس حالات من الذكور من نزلاء المؤسسات من المتخلفين عقلياً الذين يعانون من اضطرابات انفعالية ونفسية تألف البرنامج من مجموعة من الأنشطة والتدريبات الرياضية كما تم تطبيق مقياس السلوك التكيفي واستغرقت مدة البرنامج سبعة اسابيع . وقد أسفرت النتائج عن انخفاضاً واضحاً في السلوك اللاتوافقي وخاصة الاضطرابات النفسية والانفعالية.

- واستخدمت فيوليت فؤاد ابراهيم (1992) فنية من فنيات المنحني السلوكي (النمذجة) لتعديل بعض أشكال السلوك اللاتكيفي لمجموعة من المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم ومصابين باغراض داون ممن تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (50- 70) وقد تكونت عينة الدراسة من (24) أربعة وعشرين طفلا من الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين باغراض دوان ببعض المدارس الخاصة بمنطقة مصر الحديث التعليمية وقد جرى تقسيم هذه العينة الكلية إلى مجموعتين « مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة « قوام كل منها (12) اثنا عشر طفلا وتم التجانس بين أفراد مجموعة الدراسة من حيث مستوى الذكاء والعمر المستوى الاقتصادي للأسرة . وقد أسفرت النتائج عند وجود زيادة في الدرجة الكلية للسلوك التوافقي بعد تطبيق البرنامج مباشرة بشكل دال لدى الأطفال المعاقين والمصابين باعراض داون المنتمين إلى المجموعة التجريبية بالقياس إلى الدرجة الكلية للسلوك التوافقي لأطفال المجموعة الضابطة . كما أسفرت النتائج عن فاعلية تأثير البرنامج في تعديل السلوك اللاتوافقي والوصول إلى مستوى لائق من النضج الاجتماعي لأفراد العينة التجريبية . وقد توصلت الباحثة إلى نتيجة مؤداها أن التدريب العملي للمعاقين له اثار أيجابية على الجوانب النفسية والانفعالية والاجتماعية لديهم
- وكشف ودارد وآخرون **Woodard et.al (1993)** عن تأثير التعزيز الاجتماعي على سلوكيات الأطفال المعاقين عقلياً .

وتألفت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال الملتحقين بالإقامة الداخلية بمدارس التربية الخاصة . وقد شملت المتغيرات التابعة مجموعة من العوامل الخاصة للسلوكيات الايجابية وسلوكيات التفاعل بين الطفل والمعلمين وغيرهم من القائمين على تربية الطفل ومدى السلوك المشكل لدى الأطفال وسمات الشخصية المعلمين والمربيين أما المتغير المستقل فقد تمثل في برنامج الدراسة الذي قام على استخدام فنية التعزيز الايجابي للسلوكيات المرغوبة واستخدام اسلوب التنفير والانطفاء للسلوكيات غير المرغوبة لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وقام الباحث بتقييم سلوك الأطفال من خلال استمارة الملاحظة التي قام بتصميمها كما قام بتصوير جميع جلسات البرنامج باستخدام الفيديو ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى افراد العينة . كما كشفت أيضاً تحسين أنماط التفاعل لدى المعلمين الذين شاركوا في هذا البرنامج حيث تبين وجود فروق دالة بينهم وبين اقرانهم من المعلمين الذين لم يشاركوا في البرنامج في العملوكيات الايجابية وسلوكيات التقبل تجاه الطلاب المعاقين عقلياً .

- وكشف تاكاهاش كيوش،Takahashi,k. (1994) عن المشكلات السلوكية اللاتوافقية التي يعاني منها المتخلفين عقلياً والمقيمين بالمؤسسات . وقد تكونت عينة الدراسة من(20) من الأطفال الذكور تتراوح اعمارهم بين 12- 14 سنة ويقيمون بمؤسسات رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً ،ممن يعانون

من اضطرابات انفعالية وسلوكية ناتجة عن عدم قدرتهم علي التكيف مع البيئة المؤسسية. وقد كشفت الدراسات الاستطلاعية أن هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من العديد من المشكلات السلوكية والنمائية والانفعالية وكان الهدف الاساسي من البرنامج الإرشادي المقدم لهم هو التركيز علي المشكلات النمائية والانفعالية لدى هؤلاء الأطفال، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة في السلوك التكيفي لدى افراد العينة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي مما يؤكد أن الاسلوب الإرشادي المستخدم كان له اثر موجب وفعال في تحسين السلوك التكيفي لافراد العينة.

- وقيمت (أموال أحمد عبدالكريم 1994) فاعلية برنامج تدريبي خاص بتعديل السلوك في اكتساب الأطفال المتخلفين عقلياً بعض المهارات الاجتماعية وقد تم التركيز علي ثلاث مهارات فقط هي :

- مهارة التعبير الامتنان بقول شكرا
- مهارة التعبير عن الاعتذار بقول أسف
- مهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك

وتكونت عينة من 12 طالب وطالبة تراوحت أعمارهم بين (6- 9سنوات) تم تقسيمهم إلى مجموعتين « تجريبية وضابطة » وجميعهم من المتخلفين بمركز رعاية وتأهيل في إمارة ابو ظبي . واظهرت نتائج الدراسة أن العينة التي تعرضت للبرنامج استطاعت

اكتساب المهارات الاجتماعية موضوع التدريب بجانب اكتساب المهارات المذكورة حدث انخفاض كبير في السلوكيات غير المرغوبة .

- وقاس(جومبل Gumpel 1994) الكفاءة الاجتماعية the child social behavior chick list باستخدام قائمة فحص سلوك الأطفال الاجتماعي التي اعدها اشينباخ Achenbach (1991) وتتضمن : (مقياس الصورة تقدير المعلم Teacher Rahinj Farm (TRF,) يشتمل علي سلسلة المشكلات اللاسلوكية لفحص السلوك الوظيفي التوافقي التي تركز علي التحصيل الاكاديمي والتلازم الاجتماعي - سجل فحص سلوك الأطفال The child Behavior checklist (The CBC) الذي صمم كمقياس تقديري لآباء الأطفال المعاقين عقلياً تكونت عينة الدراسة من 34 طفلا من الأطفال المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم بين (6- 18) سنة حيث تم تطبيق برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات :

- النمذجة : لتنفيذ نماذج من السلوكيات المرغوبة وعرض فيلم مباشر لهذه السلوكيات مع الاشتراك الفعلي في الاستجابات الفعلية .
- التدعيم باستخدام الحلوى والتدعيم الرمزي إلى جانب التدعيم الاجتماعي

- التدريب علي حل المشكلات . واستمرت مؤثرات العلاج أربعة أسابيع من المتابعة وأوضحت النتائج

- أن المجموعة التي استخدمت فقيست التمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة افضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك تدريب علي حل المشكلات

- أوضحت المتابعة أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً اظهرت نتائج ايجابية في البداية واستمرارية مع الاقران .

- وفحصت حنان حسن نشأت (1994) دور البرنامج باستخدام الفن التشكيلي في تعديل سلوك المتخلفين عقلياً في العينة وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلا ذكورا وإناث من مدارس التربية الفكرية من سن (6- 10) سنة . توصلت النتائج نجاح البرنامج في توجيه العدوان لمواقف اخري تسمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية وكذلك تعديل أنماط السلوك التالية (العنف – السلوك التدميري – السلوك غير المؤتمن – السلوك النمطي – السلوك المتمرد – الانسحاب – سلوك الاجتماعي غير مناسب)

- ونمت أسماء عبد الله العطية (1995) جوانب السلوك التكيفي، تكونت عينة الدراسة من 20طفلة من فئة القابلات للتعلم بمدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة تراوحت اعمارهم من فئة (7- 12) سنة ذكاء (50- 70) قسمت إلى مجموعتين احدهما تجريبية والاخري ضابطة ،واستخدم مقياس

ستانفورد مبينة ومقياس السلوك التكيفي واستمر برنامج التدريب لمدة ستة شهور . وأسفرت نتائج الدراسة عن :

- وجود فروق داله احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في كل التصرفات الاستقلالية والنمو اللغوي ومفهوم العد والوقت والاعمال المنزلية والتوجيه الذاتي والتنشئة الاجتماعية

- وجود فروق داله احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في انخفاض كل من السلوك العنيف والمدمر والسلوك المضاد للمجتمع

- كما وجدت فروق داله بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في كل من ابعاد السلوك التكيفي النمائي والاضطرابات السلوكية لصالح القياس البعدي .

○ وأعدت مواهب ابراهيم عياد ، نعم مصطفى رقبان (1995) برنامج تدريب على الأطفال المعاقين عقلياً على مهارات في مجال العناية بالذات ومجال اللغة والاتصال ومجال المهارات المعرفية والعلاقات الاجتماعية ومجال المهارات الحركية . وقد استخدم أسلوب التدعيم لتعديل وتشكيل السلوك في اداء المهام المستهدفة بالتدريب من خلال التقبل أو التصفيق أو الإشارة أو اعطاء الحلوى أو اعطاء لقب . وأجريت الدراسة على عينة مكونة من 7 أطفال معاقين عقلياً قابلين للتعلم بنسبة ذكاء (50 - 70) ومن الفئة العمرية 8 سنوات ملتحقين بمؤسسة دار

الحضــان التابعــة للجمعيــة المصــرية العامــة لحمايــة الأطفــال بالإسـكندرية وتم قياس الأداء المهاري بصفة دورية أسبوعياً من خـلال قائمـة للمهـارات الأساسـية مـع ملاحظـة الـداء المهـاري . وتوصلت النتـائج أن أقـل المهـارات احتياجـاً لتكـرار محـاولات التدريب كانت مهارة الاشتراك في الألعاب الجماعية يليها مهارة الابتسـامة الاجتماعيـة ثـم مهـارة الاشـتراك في اللعـب الجمـاعي بالمكعبات .

- وتحققـت سـهير إبـراهيم حلمـي محمـد (1995) مـن فاعليـة اسـتخدام أسـلوب الإرشـاد الجمـاعي في تحسـين السـلوك اللاتـوافقي لـدى الأطفـال المعـاقين عقليـاً (القـابلين للـتعلم)، تكونـت العينـة مـن (60) مفـردة مـن الـذكور والإنـاث مـن سـن (8- 15 سـنة) في مدرسـة التربيـة الفكريـة ببورسـعيد . وقـد قامـت الباحثـة تقسـيمهم بالتسـاوي إلى 3 مجموعـات قـوام كـل منها (20) طفلا بحيث تتراوح الأعمار الزمنية لأفـراد العينـة مـا بـين (8- 15) سـنة ونسـبة ذكـائهم (50- 70) وقـد تم اجراء التجانس بين المجموعات في كل من العمر الزمني الجنس الـذكاء المسـتوى الاجتمـاعي والاقتصـادي والسـلوك اللاتـوافقي . وقد استخدمت أدوات منها اختبار ستانفورد بينية للـذكاء بطاقـة ملاحظة مقياس السلوك التوافقي (إعداد فـاروق صـالح 1985، البرنـامج إعـداد الباحثـة) . توصـلت النتـائج إلى نجـاح البرنـامج في تعـديل أشـكال السـلوك اللاتـوافقي الـتي تتمثـل في (الصـنف

السلوك المضاد للمجتمع التمرد الانسحاب السلوك الاجتماعي غير المناسب)

- وكشف كليرستيوارد وآخرون Claire Stewart et al (1995) عن فاعلية برنامج ارشادي في خفض هذه الاضطرابات العقلية لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وقد تألفت عينه الدراسة من (12) طفلا من الذكور والذين تتراوح اعمارهم ما بين (12-13) سنة من ذوي الإعاقة العقلية (البسيطة والمتوسطة) وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين متجانستين حيث تعرضت لمجموعتين لبرنامجين مدة كل برنامج ثمانية اسابيع ثم تقديم (12) جلسة خلالهم بحيث تعرضت المجموعة الاولي لبرنامج قائم علي التدريب علي التعبير الحر عن الذات ، بينما تعرضت المجموعة الثانية لبرنامج قائم علي التوجيه المباشر . وقد كشفت نتائج الدراسة عن نجاح البرنامجين في الخفض من هذه الاضطرابات الانفعالية لدى أطفال العينة حيث تبين وجود فروق دالة في الاضطرابات الانفعالية لدى أطفال العينة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ، كما تبين أيضاً أن استخدام اسلوب التعبير الحر عن الذات كان أكثر فاعلية من اسلوب التوجيه المباشر حتي تبين وجود فروق من ذات دلالة احصائية بين أفراد مجموعة التعبير الحر عن الذات ومجموعة التوجيه المباشر بعد تطبيق البرنامج لصالح مجموعة التعبير الحر.

○ وأعدت عايدة علي قاسم (1996) برنامج ارشادي وتطبيقه على عينه من الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم لتنمية مهاراتهم الاجتماعية . كما هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية هذا البرنامج في تحقيق الهدف منه وهو اكساب العديد من المهارات الاجتماعية لدى عينه من الأطفال الذكور المعاقين عقلياً، وتقديم البرنامج التدريبي كنموذج لإعداد برامج مماثلة لتدريب المعاقين عقلياً على اكتساب المهارات الاجتماعية من قبل الباحثين في هذا المجال وقامت الدراسة على عينه قوامها (80) طفلا من الذكور ممن تتراوح اعمارهم ما بين (912) سنة ونسبة ذكائهم (50- 70) وقد تم التجانس بينهم من حيث العمر الزمني والعمر العقلي ونسبة الذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة (المنخفض) والجنس . وقد استخدم في الدراسة الأدوات التالية : مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم للباحثة مقياس تقرير الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخصي استمارة حالة خاصة بالطفل المعاق عقلياً) - اختبار ستانفورد مبينة للذكاء الصورة . ل) وقد امتد البرنامج الإرشادي التدريبي مدة 6 شهور . وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة في تنمية طائفة من المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً وخاصة لدى الأطفال المعاقين بالقسم الخارجي بمدارس التربية الفكرية .

- وقامت سهير محمود(1997) بالقاء الضوء على مشاكل المعاقين عقلياً خاصة فئة القابلين للتعلم والتعرف على افضل الاساليب التربوية والإرشادية في التعامل مع المعاق عقلياً وكيفية تحقيق التكامل والنمو السوي وصولا إلى خطة علمية موضوعية لتعديل السلوك هذا بالإضافة إلى مجموعة من الاهداف التطبيقية واهمها التعرف على الفرق بين الأطفال المعاقين عقلياً في ابعاد السلوك العدواني ومساعدة الطفل المعاق عقلياً على ممارسة اساليب وأنماط السلوك التوافقي وتنمية المهارات الاجتماعية خاصة في فترة الطفولة . وتألفت عينه الدراسة في (40) طفلا من المعاقين الذكور والإناث من المقيمين بمؤسسات ومعاهد التثقيف الفكري ممن تتراوح اعمارهم الزمنية ما بين (10- 14) وتراوحت نسبة الذكاء ما بين (55- 70) جري تقسيمهم إلى مجموعتين احداهما تجريبية وثانيهما ضابطة مع مراعاة تجانس أفراد المجموعتين من حيث العمر الزمني ونسبة الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة . وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدد من النتائج كان من اهمها التأكيد على خطورة ظاهرة السلوك لدى الأطفال المعاقين عقلياً التي تؤدي إلى اهدار طاقاتهم في حركات كثيرة عديمة الجدوى فتتدهور احوالهم النفسية والصحية مما يستلزم ضرورة التدخل لحل هذه المشكلة وتؤكد نتائج الدراسة أن خبرات البرنامج التدريبي المستخدم وما يتضمنه من مناشط ذات مغزى في حياة الأطفال المعاقين عقلياً من حيث تمثل المهارات الاجتماعية عادات ايجابية

ومفيدة يتدرب عليها المعاق إلى درجة الاتقان، كما اكتشفت النتائج عن حقيقة مؤداها أن الخبرات والتدريبات والممارسات السلوكية التي يتعلمها المعاق عقلياً تقوم بدور فعال عملي على التوافق النفسي والتفاعل مع الأقران والمحيطين من العاديين أي أن البرنامج المستخدم كان له أثر ايجابي في خفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً .

- وتعرف (جينكوز **Gencoz , F.** (1997) على أثر البرامج الرياضية والأنشطة التدريبية على المشاكل السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً . تألفت عينة الدراسة من (19) طفلاً من الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم من الجنسين من الأطفال الملتحقين بمدارس التربية الفكرية . تألف البرنامج المقترح من مجموعة من الأنشطة التدريبية الرياضية والألعاب الأولية المصممة خصيصاً للأطفال المعاقين عقلياً . واستغرق تنفيذ البرنامج مدة سبعة أسابيع بواقع ثلاث فترات تدريبية أسبوعياً واستعان الباحث بمجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة بالإضافة إلى عدة أدوات كان من أهمها مقياس السلوك التكيفي وقائمة لحصر سلوكيات الأطفال داخل الفصل المدرسي بالإضافة إلى استمارة خاصة لجمع البيانات من خلال المقابلة الشخصية لأمهات أطفال العينة والتعرف على المشاكل السلوكية الموجودة لديهم ومدى ما طرأ عليها من تحسن بعد تطبيق البرنامج، كما استعان الباحث بإجراءات الاختبار القبلي والبعدي للتحقق من صحة الفروض الموضوعة لدراسته، هذا

بالإضافة إلى القياس التتبعي الذي قام الباحث بإجرائه بعد ثلاثين يوماً من انتهاء تطبيق البرنامج وقد كشفت النتائج عن فاعلية البرنامج المستخدم بما احتواه من انشطة في خفض حدة المشكلات والاضطرابات السلوكية وتحسين السلوك التكيفي لدى أفراد العينة

- وتحقق سعيد عبدالله إبراهيم دبيس (1998) من فاعلية الإجراءات السلوكية كمتغير مستقل في خفض السلوك العدواني لدى هؤلاء الأطفال كمتغير تابع نظراً لأن السلوك العدواني يعد من المشكلات والاضطرابات النفسية الهامة التي حظيت باهتمام متزايد من جانب الباحثين للكشف عن أسبابها وطبيعتها وطرق علاجها. تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم من ذوي المستوى المرتفع من السلوك العدواني في معهد التربية الفكرية بشرق مدينة الرياض ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (10 – 14 سنة) بمتوسط قدرة (12 سنة) وانحراف معياري قدره (2.52) واعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي وقد تم تقسيم أفراد عينة الدراسة بطريقة عمدية إلى مجموعتين متكافئتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية التعزيز التفاعلي للسلوك الآخر في خفض مظاهر السلوك العدواني المتمثلة في السلوك العدواني الصريح والسلوك العدواني اللفظي وغير اللفظي وسلوك عدم القدم على ضبط الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يؤكد فاعلية

البرنامج المستخدم في خفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً

- واعدت اميرة طه بخش (1998) برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً (القابلين للتعلم) . تكونت عينة الدراسة من (20) طفلة من الإناث المتخلفات عقلياً من معهد التربية الفكرية للبنات يجدة لديهم درجات مرتفعة في السلوك العدوان تتراوح أعمارهم بين (9- 14 سنة) نسبة ذكائهم (50 - 70) تم تقسيمهم إلى مجموعتين بالتساوي إحداهما تجريبية طبق عليها برنامج المهارات الاجتماعية والأخرى ضابطة لم يتعرض للبرنامج تمت المجانسة بينهما في العمر ومستوى الذكاء . استخدمت الأدوات التالية (مقياس تقدير السلوك العدوان- برنامج تقدير المهارات الاجتماعية للباحثة مكون من 21 جلسة استغرقت سبع أسابيع بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً) . توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة في السلوك العدواني بابعاده بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وكانت الفروق لصالح القياس البعدي بانخفاض متوسطات درجات السلوك العدواني . كذلك وجود فروق دالة في السلوك العدواني بابعاده بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية (بانخفاض متوسطات درجات السلوك العدواني)
- وكشفت رشا محمد احمد (1999) عن فعالية البرنامج الإرشادي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال

المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات منها (مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة) إعداد د/عبدالعزيز الشخصي - مقياس الذكاء استانفورد بينيه مقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق برنامج ارشادي إعداد الباحثة تضمن انشطة (فنية رياضية ترويحية قصصية تمثيلية وفنية التعزيز أو التدعيم . وقد توصلت النتائج لنجاح البرنامج الإرشادي في خفض درجة السلوك الانسحابي لدى الأطفال المعاقين عقلياً من أفراد المجموعة التجريبية التي بلغت (10) عشر أطفال من سن (9- 12) بينما لم تتأثر افراد المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للبرنامج

- وقام حسام محمد الاشموني (2000) بالكشف عن مدي فعالية البرنامج التدريبي علي مهارات الاتصال في تنمية بعض العمليات النفسية وهي (الانتباه الادراك والتذكر) علي عينة قوامها (32) طفلا من المعاقين عقلياً وقد قسمت إلى مجموعتين (المجموعة التجريبية وعددها (16) طفلا متوسط اعمارهم (13.4) سنة - المجموعة الضابطة وعددها (16) طفلا متوسط اعمارهم (13.9) سنة) . واستخدام الباحث الأدوات التالية : مقياس ستانفورد بينيه للذكاء واختبار تركيز الانتباه وتجربة القرص الخشبي ومقياس وكسلر للذكاء . وأسفرت نتائج الدراسة عن (يوجد تاثير دال احصائيا عند مستوى (0,1) لكل من القياس (قبلي بعدي) والتجريب

على مستوى الانتباه لدى عينة من المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) لصالح المجموعة التجريبية والقياس البعدي - يوجد تأثير دال احصائيا عند مستوى (0.1) لكل من القياس (القبلي والبعدي) والتجريب على مستوى التذكر لدى عينة الدراسة لصالح المجموعة التجريبية والقياس البعدي .

- وأعدت سهير محمد شاس (2002) برنامج يتضمن أنشطة جماعية هدفها تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً والقابلين للتعلم والتعرف على مدى فعالية هذا البرنامج لمجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً المندمجين مع أطفال عاديين ومدى فعالية نفس البرنامج على مجموعة أخرى من الأطفال المتخلفين عقلياً تتدرب عليه أى نظام العزل . تم اجراء الدراسة على مجموعتان تجريبيتان من الأطفال المتخلفين عقلياً (القابلين للتعلم) الأولى مجموعة الدمج مكونة من عشرة أطفال من أحدى المدارس التي يوجد بها فصول ملحقة للأطفال المتخلفين عقلياً وتتراوح أعمارهم وتتراوح أعمارهم بين (9 - 11) سنة يتم دمجهم في البرنامج التدريبي مع عشرة أطفال عاديين من نفس المستوى التعليمي الصف الأول والثاني الابتدائي . الثانية مجموعة العزل مكونة من عشرة أطفال من مدرسة التربية الفكرية وقد تمت المجانسة بين المجموعات في العمر والجنس والذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي . وتوصلت الدراسة إلى (وجود فروق ذات دلالة احصائية في جميع درجات المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في

مجموعة الدمج بين القياس القبلي والبعدي وكانت الفروق لصالح القياس البعدي - وجود فروق ذات دلالة احصائية في بعض درجات الاضطرابات السلوكية للأطفال المتخلفين عقلياً في مجموعة الدمج بين القياس القبلي والبعدي وكانت الفروق لصالح القياس البعدي بانخفاض متوسطات هذه الاضطرابات.

- وقامت يارا فهمي سالم (2003) بالكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي المقدم لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في تحسين المهارات اللغوية والتواصل اللفظي لدى أطفالهم . وقد شملت عينة الدراسة علي (12) طفلا وطفله من المعاقين عقلياً تتراوح اعمارهم من (6- 8 سنوات) كما تراوحت نسبة ذكائهم بين (55- 69) . وضمت أيضاً أمهات أطفال المجموعة التجريبية حيث تم تقديم البرنامج الإرشادي المستخدم لهم حيث يقمن بتدريب أطفالهم علي وحداته في نطاق الأسرة في حين لم تتلقي أمهات أطفال المجموعة الضابطة لهذا البرنامج وقد راعت الباحثة أن تكون الأمهات علي قدر من التعليم حتي تتمكن من تدريب أطفالهم علي وحدات البرنامج وكتابة التقرير علي استجابة الطفل والاجابة علي استمارة تقييم الجلسات . وتشير نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة في تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما ان البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة كان له اثر ايجابي في تنمية المهارات اللغوية التي تساعد علي التواصل اللفظي والتفاعل الاجتماعي، كما أكدت الدراسة اهمية

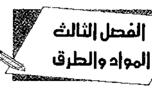
البرامج التدريبية والتربوية للأطفال المعاقين عقلياً والقابلين للتعلم وان تقدم من خلال الوالدين .

- وكشفت امال محمود عبد المنعم (2006) عن أشكال الضغوط النفسية التي تعانتي منها أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً . وتكونت عينة الدراسة من (13) أماً لدى كل منهن طفل متخلف عقلياً وتراوحت أعمارهن بين 35 - 45 سنة ، 13 طفلا متخلفين عقلياً وهم أبناء هؤلاء الأمهات تتراوح أعمارهم ما بين 6 - 12 سنة ونسبة ذكائهم (50- 70) . أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم وفنياته الإرشادية في خفض مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً الذين اشتركوا في البرنامج وقد استفادت الأمهات من الناحية التربوية والتعليمية والنفسية والاجتماعية حيث سعي البرنامج إلى توفير قدر من المعلومات عن الإعاقة العقلية وإشباعها وخصائص الأطفال المعاقين عقلياً وحاجاتهم وكيفية إشباعها .

يتضح مما سبق أن هذه المجموعة من الدراسات سعت نحو الكشف عن فاعلية التدريب في خفض الاضطرابات والمشكلات السلوكية والوجدانية وتحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً . وأكدت الدراسات على اهمية البرامج بالنسبة للأطفال المعاقين عقلياً كما اكدت الدراسات والبحوث على أن اكتساب الأطفال المعاقين عقلياً للمهارات السلوكية يؤدي إلى التقليل من السلوكيات المرغوبة لهؤلاء الأطفال مثل دراسة صالح

عبد الله هارون (1985) والتي اهتمت بتنمية جوانب السلوك التوافقي للطفل المعاق عقلياً حيث اتجهت إلى تصميم برنامج خاص لتنمية مهارات الأطفال في مجالات المهارات الشخصية والاجتماعية أو المعرفية . ودراسة مواهب عياد ونعم رفيان (1995) والتي اهتمت برفع مستوى الداء المهاري لمجموعة من الأطفال المعاقين عقلياً خلال تدريبهم على مهارات التواصل . ودراسة سهير محمود (1997) والتي اهتمت بخفض السلوك العدواني للطفل المعاق عقلياً من خلال التدريبات والممارسات السلوكية التي يتعلمها . وفي دراسة أميرة بخش (1998) والتي اهتمت بإعداد برنامج وتطبيق على عينة من الأطفال المعاقين عقلياً لتنمية المهارات الاجتماعية لخفض السلوك العدواني، وهناك بعض الدراسات التي ركزت في برامجها على تخفيف المشكلات اللغوية التي يعاني منها المعاقين عقلياً كما أوضحت دراسة يارا فهمي سالم 2003، رينج وآخرون **Ring et al** (1981) . وهناك بعض الدراسات التي ركزت على البرامج لتخفيف الاضطرابات السلوكية والوجدانية كما أوضحت دراسة رشا محمد احمد (1999) ودراسة كلير استيورت وآخرون **Claire Stewart et al.,** (1995) ودراسة سهير محمد شاش (2002) وفيوليت فؤاد ابراهيم (1992) وسعيد بن عبدالله دبيس (1998) . وهي دراسات قدمت برامج ارشادية وتدريبية تنوعت في أساليبها وفنياتها بينما اتفقت في اهدافها التي تسعى نحو الكشف عن فاعلية البرامج في تخفيف الاضطرابات والمشكلات السلوكية وتحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً.




الفصل الثالث
المواد والطرق



مقدمه :

تعرض الباحثة في متن هذا الفصل وصف للعينة التي أجريت عليها هذه الدراسة ومصدرها، وسبب وكيفية اختيارها . كما تقوم الباحثة بعرض الاختبارات الاستمارات المستخدمة في قياس متغيرات الدراسة ثم إجراءاتها ، وتُنهي الباحثة هذا الفصل بتوضيح الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة .

أولاً : عينة الدراسة .

وصف عينة الدراسة وشروط اختيارها :

لما كانت الدراسة الحالية تستهدف إعداد برنامج إرشادي أسري لوالدي الأطفال المعاقين عقليا "القابلين للتعلم" للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم"، فقد قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من الوالدين والأطفال كالآتي:

- عينة الأطفال: وتضم (30) طفلا وطفلة من المعاقين عقليا "القابلين للتعلم" الموجودين بمدرسة التربية الفكرية بمحافظة كفرالشيخ حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين قوام كل منهما (15) طفلا وطفلة ؛ إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (6.5 - 8.5) سنوات بمتوسط قدره (7.1)، وإنحراف معياري قدره (1.88)، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (53 - 69) بمتوسط قدره (58.9) وإنحراف معياري قدره (2.44).

وقد قامت الباحثة باختيار الأطفال الذين تنطبق عليهم الشروط التالية:

- ألا يقل العمر العقلي عن ثلاثة أعوام.
- من المقيمين إقامة خارجية ليتحقق شرط تواجد الطفل في المنزل مع الوالدين (بما يحقق تدريب الوالدين لطفلهم المعاق عقلياً "القابل للتعلم" في المنزل).
- خلو الطفل من أي إعاقات مصاحبة للإعاقة العقلية.
- ألا يكون قد تم تقديم لوالدي الأطفال أو الأطفال ذاتهم (محور الدراسة الحالية) أي برامج إرشادية أو معرفية أو .... إلخ في فترة تطبيق البرنامج حتى لا ترجع نتائج التحسن – إن حدث تحسن – إلى تأثير تلك البرامج الأخرى .
- عينة الوالدين : وضمت والدي أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=30) بواقع (15) لكل مجموعة وتراوح العمر الزمني لأفراد العينة ككل بين (41- 57) سنوات بمتوسط قدره (47.2)، وإنحراف معياري قدره (3.88) بالنسبة للآباء، وبين (29- 44) سنوات بمتوسط قدره (34.45)، وإنحراف معياري قدره (2.5) بالنسبة للأمهات، حيث تم تقديم البرنامج الإرشادي المستخدم للمجموعة التجريبية، حتى يقوموا بتدريب أطفالهم على كل ما تلقوه بداخل البرنامج في نطاق الأسرة، في حين لم يتلقى والدي أطفال المجموعة الضابطة هذا البرنامج . وقد راعت الباحثة أن

يكون الوالدين على قدر من التعليم حتى يتمكن الوالدين من تدريب أطفالهم على وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن إستجابة الطفل .

. وتم اختيار العينة وفق الخطوات التالية :

تم تحديد أطفال عينة الدراسة من المعاقين عقلياً(القابلين للتعلم) ووالديهم فى ضوء خطة متعددة الأبعاد ، باستخدام بطارية من الاختبارات والمقاييس المقننة ، والتي يمكن تلخيصها بالشكل التخطيطي التالي:

خطوة (1)

اختيار مدرسة التربية الفكرية بوصفها تمثل مجتمع الدراسة التى تتم فيها إجراءات الدراسة

↓

خطوة (2)

بتطبيق مقياس بينيه على عينة كلية مبدئية (40) طفلا وطفلة ، بذلك تم استبعاد (3) طفلا (*) وأصبح بذلك حجم العينة (37) طفلا وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً(القابلين للتعلم) ممن تتراوح نسبة ذكائهم ما بين (53 . 69)

↓

(*) لحصول هؤلاء الأطفال على درجة ذكاء أقل من (50).



خطوة (3)

وتم تطبيق مقياس السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقلياً، وتم استبعاد طفلان (**)، وأصبح بذلك حجم العينة (35) طفلا وطفلة.

↓

خطوة (4)

تم تطبيق مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة وتتم استبعاد (5) اطفال بأسرهم وأصبح بذلك حجم العينة (30) طفلا وطفلة ووالديهم

↓

خطوة (5)

بتطبيق استمارات الدراسة كقياساً قبلياً

تم تقسيمهم إلى مجموعتين

مجموعة الأطفال

- المجموعة التجريبية (ن=15)
- المجموعة الضابطة (ن=15)

مجموعة الوالدين (أب- أم)

- المجموعة التجريبية (ن=15)
- المجموعة الضابطة (ن=15)

شكل (1) سحب عينة الدراسة

(**) لحصول هؤلاء الأطفال على درجة خام (90) فأقل ، حيث أن الحد المثالي للدرجة في هذا الاختبار يجب ألا يقل عن (91).

وقد روعي تجانس أفراد عينة الدراسة من الأطفال (التجريبية والضابطة) من حيث العمر الزمني للأبناء وكذلك الوالدين، ومستوى الذكاء، والسلوك التكيفي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة، بالإضافة إلى متغيرات الدراسة (السلوك العدواني – الاكتئاب – القلق)، كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول (1) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس القبلي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات الدراسة وبعض المتغيرات الوسيطة

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	التجريبية	15	12.7	190.5	70.5	190.5	1.751	غير دال
	الضابطة	15	18.3	274.5				
الاكتئاب	التجريبية	15	18.3	274.5	70.5	190.5	1.772	غير دال
	الضابطة	15	12.7	190.5				
القلق	التجريبية	15	17.4	261	84	204	1.205	غير دال
	الضابطة	15	13.6	204				
العمر بالأشهر للأبناء	التجريبية	15	17.13	257	88	208	1.019	غير دال
	الضابطة	15	15.13	208				
العمر بالأشهر للأمهات	التجريبية	15	15.87	227	107	227	0.228	غير دال
	الضابطة	15	14.53	238				
العمر	التجريبية	15	16.47	218	98	218	0.602	غير

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
بالأشهر للآباء	الضابطة	15	13.37	247				دال
المستوى الاجتماعي	التجريبية	15	17.37	200.5	80.5	200.5	1.364	غير دال
	الضابطة	15	17.63	264.5				
المستوى الاقتصادي	التجريبية	15	16.27	244	101	221	0.482	غير دال
	الضابطة	15	14.73	221				
المستوى الثقافي	التجريبية	15	14.9	223.5	103.3	223.5	0.374	غير دال
	الضابطة	15	16.1	241.5				
الدرجة الكلية للمستوى	التجريبية	15	14.77	221.5	101.5	221.5	0.457	غير دال
	الضابطة	15	16.23	243.5				
السلوك التكيفي	التجريبية	15	13.03	195.5	75.5	195.5	1.541	غير دال
	الضابطة	15	17.97	269.5				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود أي فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بين المجموعات، لعدم وصول قيم مان ويتني لحد الدلالة المقبولة إحصائياً.

ثانياً : أدوات الدراسة :

[1] – مقياس بينيه العرب للذكاء (الطبعة الرابعة) (*)

تعريب وتقنين/مصري عبد الحميد حنوره (2001)

(*) اختبار منشور .

أ- مقدمة :

يعد مقياس بينيه (ط4) من أكثر مقاييس الذكاء استخداما، وهو امتداد لمقياس بينيه (ط3) الذي أعده وطوره لويس تيرمان ومودميريل، والذي اعتمد بدوره أساسا على الطبعة الثانية للمقياس، والتي صدرت عام (1937) استمرارا للجهود التي بذلت منذ أن فكر ألفريد بينيه ومن معه في وضع المقياس منذ مائة عام تقريبا .

ب – وصف المقياس :

يعتمد مقياس بنية الجديد (الطبعة الرابعة)، ليس على الأعمار الزمنية كما هو الحال في الطبعات السابقة، ولكنه يعتمد أساساً على المجالات المعرفية المكونة لمفهوم الذكاء بمعناه الحديث، وهو يتضمن ثلاثة محاور تتضمن أربعة مجالات موضحة في الشكل التالي:

العامل العام **(G. factor)**

محور القدرات المتبلورة

محور قدرات السيولة التحليلية

محور الذاكرة قصيرة المدى

مجال الاستدلال اللفظي - المقاييس الفرعية

مجال الاستدلال الكمي - المقاييس الفرعية

مجال الاستدلال التجريدي البصري - المقاييس الفرعية

مجال الذاكرة قصيرة المدى - المقاييس الفرعية

1- المفردات
2- الفهم
3- السخافات
4- العلاقات اللفظية

1- الحساب
2- سلاسل الأرقام
3- بناء المعادلات

1- تحليل النمط
2- النسخ
3- المصفوفات
4- طي وقطع الورق

1- ذاكرة الخرز
2- ذاكرة الجمل
3- ذاكرة الأعداد
4- ذاكرة الأشياء

شكل (2) بناء مقياس بينيه للذكاء بمجالاته ومقاييسه الفرعي

يتكون مقياس بنيه (الطبعة الرابعة) من (15) اختباراً فرعياً تنتمي إلى ثلاث محاور تتضمن أربعة مجالات، بالنسبة للمرحلة العمرية فإنه يطبق من سن (2 ـ 70) سنة، وتوجد البطاريات المختصرة، والتي يحتاج الفاحص إلى استخدامها للتعرف على التلاميذ ذوي المشكلات وصعوبات التعلم، وقد استخدم الباحث بطارية المسح السريع في التقنين والتشخيص، لأن هؤلاء الأطفال تم قياس ذكائهم من قبل، وبناء على ذلك تم تسكينهم بمدارس التربية الفكرية بمحافظة كفرالشيخ لتلقي البرامج التدريبية التي تتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم، كما تستخدم بصورة أكبر إذا تم قياس ذكاء الأفراد من قبل، وتحتاج إلى التأكيد على نسبة ذكاء هؤلاء الأفراد .

- بطارية المسح السريع : وتتكون بطارية المسح السريع كما عرضها (مصري حنوره، 2001، ص ص 8- 9) مما يلي :

1- اختبار المفردات اللغوية:

ينتمي هذا الاختبار إلى مجال الاستدلال اللفظي، ويتكون هذا الاختبار من جزأين، جزء عبارة عن مجموعة صور يطلب من المفحوص أن يسميها ، وجزء عبارة عن مفردات يطلب من المفحوص أن يقدم تعريفاً لكل منها ، ويستمر تقديم الاختبار إلى أن يفشل المفحوص في الإجابة عن ثلاثة بنود على الأقل في مستويين متتاليين.

2- اختبار ذاكرة الخرز:

ينتمي هذا الاختبار إلى مجال الذاكرة قصيرة المدى، ويعتمد على مجموعة من الأدوات عبارة عن قطع ذات أشكال على هيئة كرة وطبق وأنبوبة وقمع ذات ألوان مختلفة (الأبيض والأزرق والأحمر) مع قاعدة يثبت عليها حامل ويطلب من المفحوص بعد أن تعرض عليه صورة مرسوم عليها شكل يضم بعض تلك القطع . استخدام المواد المقدمة إليه لتصميم شكل مماثل على الحامل وذلك بعد إخفاء الصورة التي عرضت عليه، ويستمر تقديم الاختبار حتى يفشل المفحوص في الإجابة عن مستويين متتاليين.

3- اختبار الحساب :

ينتمي هذا الاختبار إلى مجال الاستدلال الكمي، ويعتمد على معرفة مبادئ الرياضيات البسيطة وهو مكون من مجموعة من المسائل الرياضية تتدرج في الصعوبة ويستمر تقديم الاختبار حتى يفشل المفحوص في الإجابة عن ثلاث مسائل على الأقل في مستويين متتاليين.

4- اختبار تحليل النمط:

ينتمي هذا الاختبار إلى مجال التجريد البصري، ويتضمن بنودا للإدراك البصري وفهم مكونات الصورة وحركتها وتكوينها، ويستمر تقديم الاختبار حتى يفشل المفحوص في الإجابة عن مستويين متتاليين .

استخدام جدول المعايير : بعد تطبيق مقياس بينيه، الصورة الرابعة، على المفحوص يقوم الفاحص بتصحيحه والحصول على الدرجات الخام، ثم يقوم باستخدام جداول المعايير حتى يستخرج الدرجة المركبة نسبة الذكاء وهي تمر كما يقول (مصري حنوره، 2001، ص ص 8- 9) بثلاث خطوات كما يلي :

1- تحديد الدرجات العمرية للمفحوص في الاختبارات الفرعية :

يقوم الفاحص بتحويل الدرجات الخام التي حصل عليها المفحوص في الاختبارات الفرعية إلى درجات عمرية معيارية باستخدام الجداول المناسبة لعمر المفحوص ويقوم بتسجيل الدرجة المئوية لكل اختبار فرعي في المكان المخصص لها في صفحة غلاف كراسة تسجيل الإجابات.

2- تحديد الدرجات العمرية المعيارية للمجالات :

يقوم الفاحص بجمع الدرجات العمرية التي حصل عليها المفحوص في الاختبارات التي طبقت عليه في مجال من المجالات كل على حدة " مجموع الدرجات العمرية المعيارية " ثم يستخرج الدرجة العمرية المعيارية للمجال المعين من الجداول التي تقابل مجموعة الدرجات العمرية المعيارية لهذا المجال ويتم ذلك طبقاً لعدد الاختبارات التي طبقت على المفحوص، فمثلاً الدرجة العمرية المعيارية لمجال معين في العمود (3) يعطي للمفحوص الذي طبقت عليه ثلاث اختبارات فرعية فقط في هذا المجال .

3- الحصول على الدرجة المركبة :

يقوم الفاحص بجمع الدرجات العمرية المعيارية للمجالات التي طبقت اختباراتها على المفحوص ثم يسجل هذه الدرجة في المكان المخصص لها في كراسة تسجيل الإجابة ثم يستخرج الدرجات المركبة من الجداول التي تقابل مجموع الدرجات العمرية المعيارية للمجالات، ويتم ذلك وفقاً لعمر المفحوص وعدد المجالات التي طبقت عليه .

مبررات استخدام مقياس بينيه :

تشير (ليلى كرم الدين، 1995، ص ص 121، 122) إلى هناك مجموعة من المبررات لاستخدام مقياس بينية وهي :

1- وجود اتفاق بين علماء القياس النفسي على أن مقياس بينية للذكاء من أكثر اختبارات الذكاء المتوفر شمولا وأوسعها انتشارا واستخداما ، كما إنها أكثر ملاءمة لقياس ذكاء الأطفال بصورة فردية

2- وضوح دقة التعليمات الخاصة بتطبيق وتصحيح كل بند من بنوده ودقة تقنية على عينات كثيرة ومتمثلة وكذلك تميزه بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة.

3- عدم استطاعة الأطفال المعاقين عقلياً مواصلة العمل بمفردهم لفترة طويلة مما يحول دون إمكانية الاعتماد عليهم بمفردهم لإتمام اختبار ذكاء حتى في النوع الذي لا يتطلب القراءة

والكتابة كما في اختبار "جودانف" لرسم الرجل أو غيرة من الاختبارات غير اللفظية أو المصورة .

ب- الكفاءة السيكومترية للمقياس:

1- في البيئة الأجنبية:

أصدر مؤلفو مقياس بينيه (ط4) سلسلة من الكتب والتقارير عرضوا فيها للجهود التي بذلت في مسار عملية التقنين على المجتمع الأمريكي، هذا فضلا عن الدراسات والبحوث المتعددة التي أجريت في المجتمعات الغربية الأخرى حول ثبات وصدق هذا المقياس، وقد اتضح من جميع تلك الدراسات كفاءة مقياس بينيه (ط4) للاستخدام في المجالات المتنوعة.

- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس من خلال معادلة كيودر ريتشاردسون ودرجات الخطأ المعياري، حيث ظهر إن معاملات الثبات تراوحت ما بين (0.72 . 0.96) لجميع المجموعات العمرية وبالنسبة لجميع المجالات، اما بالنسبة لوسيط الثبات (عبر الفئات العمرية من سن (2) حتى سن (18 . 23) فقد تراوح ما بين (0.73 . 0.92)، كذلك قام المؤلفون بحساب الثبات من خلال إعادة إجراء الاختبار، وجاءت معظم معاملات الثبات فوق (0.70)، وقد أجريت مقارنات لمعاملات الثبات على اختبارات المقياس في صورته الكاملة (15 اختبارا) والصورة المختصرة (اختباران . 4 اختبارات .

6 اختبارات)، وقد اتضح أن الدرجات مالت جميعها إلى الارتفاع حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (0.87 ـ 0.99).

- صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بإيجاد معامل الارتباط بين درجات المقياس واختباراته الفرعية، كان أبرزها حساب معامل ارتباط بين درجات المقياس الجديد ومقياس بينيه الطبعة الثالثة (1972) الصورة (ل م)، حيث تم الكشف عن معاملات صدق (ارتباط) باختبارات الطبعة الرابعة لمقياس بينيه التي تراوحت ما بين (0.56 ـ 0.81)، كذلك ظهر وجود معاملات ارتباط مرتفعة بين أبعاد مقياس وكسلر لذكاء الأطفال تراوحت ما بين (0.63 ـ 0.83) للمقاييس اللفظية والعملية والكلية مقارنة بالمجالات الأربعة والدرجة المركبة (SAS) في الطبعة الرابعة لمقياس بينيه .

2- في البيئة العربية:

- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس على عينات متنوعة من حيث العمر في عدد من البلاد العربية منها مصر وبعض بلاد الخليج العربي منها الكويت، وذلك بعدة طرق منها إعادة إجراء الاختبار، ومعادلة كيودر ريتشاردسون، ومعادلة جتمان، وقد ثبت منها جميعها أن اختبارات المقياس على درجة عالية من الثبات (مصري حنورة، 2001، ص ص 117- 121).

وقام (وليد خليفة، 2005، ص141) من خلال طريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها (30) تلميذاً وتلميذة من التلاميذ المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) بمدرسة التربية الفكرية بمدينة كفرالشيخ مرتين بفاصل زمني (ثلاثة أسابيع) وبلغ معامل الارتباط بين درجات التطبيقين 0.79 . مما يدل على ثبات عال للمقياس .

- صدق المقياس:

تم حساب معاملات صدق المقياس في البيئة العربية من خلال بطارية مكونة من مقاييس ذكاء مقننة هي "مقياس رسم الرجل . مقياس المتاهات لبورتيوس . مقياس وكسلر لذكاء الأطفال . مقياس بينيه (ط3)"، وقد أبرزت النتائج التي تم الحصول عليها من خلال استخدام هذه المقاييس مع مقياس بينيه (ط4) وجود مؤشرات عالية على صدق المقياس الجديد في البيئة العربية، وهو ما تأكد من خلال دراسة ارتقاء درجات اختبارات المقياس مع تقدم العمر، حيث ظهر ارتقاء الدرجات مع ارتقاء العمر، كما أبرز التحليل العاملي لمكونات المقياس وضوحا كافيا حول ترابط اختبارات كل مجال من مجالات المقياس مع بعضها البعض، وهو ما يشير إلى التأكد من الصدق العاملي للمقياس .

وقام (فؤاد أبوحطب، 1983، ص125) بإجراء الصدق المرتبط بالمحاكات وبحساب معاملات الارتباط بينه وبين الدرجات المدرسية، ودرجات الاختبارات النمطية المقننة وتراوحت معاملات الارتباط بين السؤال والمقياس بين (0.66 : 0.87) وأن المقياس له

نفس التكوين العاملي في عدة مستويات عمرية ابتداء من سن ستتين حتى سن (18) سنة وأن المقياس يشبع بعامل عام مشترك وأن هذا العامل المشترك كان متشابهاً إلى حد كبير في المستويات العمرية المتقاربة.

أما (مصري حنورة وكمال مرسي، 1992، ص ص 21-40) فقد أوضحا أنه تم تطبيق المقياس مع عدد آخر من المقاييس العقلية في كل عمر، منها بطارية ثرستون للقدرات العقلية الأولية من عمر (11 سنه) وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.46 إلى 0.63).

وذكر (لويس كامل مليكة، 1998، ص ص 184، 185) دلالة أخرى على صدق المقياس وذلك من خلال متوسط الدرجة المركبة لمائة فرد من المعاقين ذهنياً كان(81، 410) في مركز الإرشاد النفسي بحدائق القبة ، وفي مركز ستى للتدريس والدراسات في الإعاقة (52، 49)على فئة أخرى، وفي دراسة أخرى على ذوي صعوبات التعلم والمتأخرين دراسياً والمعاقين ذهنياً كانت الدرجة المركبة للفئة الأولى (29، 97) والثانية (76، 77) والثالثة (73 ، 56) وتلك المتوسطات تظهر صدق المقياس في التفريق بين الفئات المختلفة في مستوى الذكاء.

وذكر (عادل محمد عبدالله، 2002، ص ص 47،48)، أنه قد تم استخدام عدة طرق ومنها التحليل العاملي لمكوناته والتي كشفت عن وجود تشبعات عالية بعامل عام في كل الاختبارات مما يدعم استخدام درجة مركبة كلية ، وأوضحت تتابع الصدق

التجـريبي باستخدام محكـات خاصـة تمثلـت في الصـورة (ل . م) السـابقة لهذه الصـورة ومقيـاس وكسلـر - بلفيو، ومقيـاس كوفمـان ودلالتها جميعا عند (0.01) وعند تطبيق المقياس على فئات مختلفة مـن المعـاقين ذهنيـاً، وذوي صـعوبات الـتعلم والعـاديين والمتفـوليين كانت مدعمة لصورة المقياس على التمييز بين تلك الفئات .

وقـام (وليـد السـيد خليفـة، 2005، ص141) بحسـاب صـدق المقياس باستخدام صدق المحك الخارجي بتطبيق بطارية الاختبارات السـابقة علـى عينة التقنين، واختبـار الـذكاء المصـور إعداد/أحمـد زكـى صـالح (1979) كمحك خارجي، وبلـغ معامـل الارتبـاط بـين درجـات بطاريـة إختبـارات المسح السـريع واختبـار الـذكاء المصـور (0.79) عنـد مسـتوى دلالـة (0.01)، ممـا يـدل علـى صـدق عـال للمقياس.

وبالتـالي تكـون الباحثـة الحـالي قـد تأكـدت مـن أن المقيـاس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات استشهاداً بمن قاموا بتقنينه .

[2] – مقياس السلوك التكيفي (*)

تعريب وتقنين/فاروق محمد صادق (1985)

أ- الهدف من المقياس:

قيـاس مسـتوى فعاليـة الفـرد فـى مواجهـة مطالـب بيئتـه المادية والطبيعيـة والسلوكيـة والاجتماعيـة، ويسـتخدم علـى نطـاق واسـع مـع ذوى الاحتياجـات الخاصـة والعـاديين ابتـداء مـن سـن الثالثـة إلى سـن الشيخوخة.

(*) مقياس منشور .

ب- مكونات المقياس:

يتكون المقياس من (110) سؤالا تم تقسيمهم إلى جزأين رئيسين:

- الجزء الأول: المجال النمائي: ويشمل عشرة مجالات تتضمن (التصرفات الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، مفهوم العدد والوقت، الأعمال المنزلية، النشاط المهني، التوجيه الذاتي، المسئولية، التنشئة الاجتماعية).
- الجزء الثاني: الاضطرابات السلوكية: ويشمل (13) مجال هي (السلوك المدمر والعنيف، السلوك المضاد للمجتمع، سلوك التمرد، سلوك لا يوثق به، الانسحاب، السلوك النمطي، السلوك غير المناسب في العلاقات الاجتماعية، عادات صوتية غير مقبولة وشاذة، عادات غير مقبولة وشاذة، سلوك يؤذي النفس، الميل للحركة الزائدة، السلوك الشاذ جنسيا، الاضطرابات النفسية والاجتماعية).

وقد قامت الباحثة الحالية باستخدام مقياس السلوك التكيفي تعريب وتقنين/فاروق محمد صادق (1982) رغم وجود الأحدث منه إعداد/عبدالعزيز الشخص (1998) لأن كلاهما يستخدم كمحك للآخر، بالإضافة الى المبررات التالية:

- أكثر دقة في تحديد مستوى السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً.
- أسهل في الاستخدام والتصحيح.

- أكثر قبولا لدى علماء علم النفس التربوي والصحة النفسية.
- شيوع استخدامه في الدراسات والبحوث العلمية المهتمة بتشخيص الإعاقة العقلية، فعلى سبيل المثال لا الحصر محمد عبدالرحيم (1998)، أيمن محمد الديب (2001).

واقتصرت الباحثة على استخدام الجزء الأول من المقياس لقدرته الفائقة على تشخيص الإعاقة الذهنية بفئاته الثلاث، وهذا ما أكده كل من فاروق محمد صادق (1985)، محمد عبد الرحيم عدس (1998)، أيمن محمد الديب (2001).

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

- **الثبات:**

يشير فاروق محمد صادق (1985) إلى أن عبدالرقيب البحيري (1981) قام بحساب ثبات الطبعة الأولى من المقياس عن طريق تحليل التباين، ووجد أن جميع أبعاد الجزء الأول والثاني من المقياس دالة وموجبة عند مستوى (0.01)، وقامت نهى اللحامي (1983) بحساب معامل ثباته بطريقة إعادة إجراء الاختبار، فكانت معاملات ثبات الجزء الأول تتراوح ما بين (0.65 - 0.88)، وثبات الدرجة الكلية (0.75)، كما تم حساب الثبات للجزء الثاني بطريقة تعدد المصححين فتراوحت معاملات الثبات ما بين (0.40 - 0.84) بمتوسط (0.67)، مما يؤكد على ثبات المقياس.

، وقد قام كل من (حسام محمد الاشموني، 2000، ص125 ؛ أيمن أحمد الماريه، 2001، ص159 ؛ وليد السيد خليفة،

2005، ص142) بالاعتماد على طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني (3 أسابيع)، وجاءت جميع معاملات الارتباط دالة وموجبة وهي (0.81)، (0.79)، (0.77) على الترتيب، وباستخدام معادلة الفاكرونباخ بلغت قيمة معامل الثبات (0.70)، (0.67)، (0.69) على الترتيب وجميعها دالة موجبة، مما يدل على ثبات عال للمقياس.

- الصدق:

قام عبدالرقيب البحيري (1981)، نهى اللحامي (1983) بحساب صدق المقياس بطريقة (الاتساق الداخلي) فكانت جميع معاملات الارتباط دالة وموجبة عند مستوى (0.01)، كما قام عبدالرقيب أحمد البحيري (1981) بحساب صدقه بطريقتين أخريين هما معامل الارتباط الثنائي بين درجات المقياس كله بإجابات كل بعد على هذا المقياس، وذلك بافتراض ثنائية الإجابة على هذا البعد (الجزء الثاني) فكانت دالة عند مستوى (0.01)، كما قامت نهى اللحامي (1983) بحساب معامل الصدق الذاتي للمقياس فبلغ (0.87) للجزء الأول، (0.91) للجزء الثاني (في/فاروق محمد صادق، 1985، ص ص4- 9).

وقد قام كل من (حسام محمد الاشموني، 2000، ص125 ؛ أيمن أحمد المارية، 2001، ص159 ؛ وليد السيد خليفة، 2005، ص142) بالتحقق من صدق المقياس باستخدام صدق المقارنة الطرفية واستعانوا بدرجاتهم الخاصة بمقياس السلوك التكيفي إعداد/عبدالعزيز الشخص (1998) المدونة بسجلات

المدرسة كمحك خارجي، حيث بلغت قيمة (ت) (15.6)، (16.39)، (18.2) على الترتيب عند مستوى دلالة (0.001)، مما يدل على صدق عال للمقياس.

وبالتالي تكون الباحثة الحالي قد تأكدت من أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات استشهاداً بمن قاموا بتقنينه .

[3] مقياس المستوى الاجتماعي/الاقتصادي/الثقافي المطور للأسرة المصرية (*)

إعداد/محمد محمد بيومي خليل (2000):

- **وصف المقياس:**

يهدف هذا المقياس إلى تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية من خلال ثلاثة أبعاد أساسية :

1- المستوى الاجتماعي : ويتضمن (8) أبعاد فرعية (الوسط الاجتماعي - حالة الوالدين - العلاقات الأسرية - المناخ الأسري السائد - حجم الأسرة - المستوى التعليمي لأفراد الأسرة - النشاط المجتمعي لأفراد الأسرة) .

2- المستوى الاقتصادي : ويتضمن بعدين فرعيين (المستوى المهني للأسرة - مستوى معيشة الأسرة) .

3- المستوى الثقافي : كما يتميز هذا المقياس بحساب سبعة مستويات للمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي هي: (مرتفع

(*) مقياس منشور .

جداً - مرتفع - فوق المتوسط - متوسط - أقل من المتوسط - منخفض - منخفض جداً).

- الكفاءة السيكومترية للمقياس:

- الثبات:

تم حساب ثبات المقياس من خلال طريقة إعادة إجراء الاختبار، بفاصل زمني قدرة (3) شهور من التطبيق الأول، وقد كانت معاملات الثبات بهذه الطريقة مرتفعة حيث بلغت (0.95، 0.92، 0.97، 0.94) وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة (الاجتماعي - الاقتصادي - الثقافي)، والدرجة الكلية للمقياس على الترتيب، وهي معاملات ثبات مرتفعة تدل على كفاءة المقياس.

وتحقق كل من (يارا فهمي سالم ، 2003، ص125 ؛ وليد السيد خليفة، 2005، ص144) من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الإجراء، فبتطبيق المقياس مرة أخري (حيث استعان كل منهم بالأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين ومعلمي العينة في الحصول على المعلومات الخاصة بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي) على عينة قوامها (12)، (30) على الترتيب طفلا وطفلة من المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) بمدرسة التربية الفكرية ببلطيم وبكفر الشيخ على الترتيب بفاصل زمني قدره (3) أسابيع، تم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها الأطفال على المقياس في مرتي التطبيق حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.92)، (0.73) على الترتيب، مما يدل على ثبات عال للمقياس.

- الصدق:

تم حساب صدق المقياس بطريقة المقارنة الطرفية بين المرتفعين والمنخفضين في المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، حيث كانت قيم (ت) الدالة على الصدق التمييزي للمقياس دالة جميعا عند مستوى (0.01) وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس على الترتيب.

وقد قام كل من (يارا فهمي سالم، 2003، ص140؛ وليد السيد خليفة، 2005، ص144) بالتحقق من صدق المقياس باستخدام طريقة المقارنة الطرفية حيث بلغت قيمة ت (15.2)، (20.106) على الترتيب وهى دالة عند مستوى (0.01)، مما يدل على صدق عال للمقياس.

وبالتالي تكون الباحثة الحالي قد تأكدت من أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات استشهاداً بمن قاموا بتقنينه .

[4] – استمارة ملاحظة السلوك العدواني (*)

الهدف من استمارة الملاحظة

تحديد درجة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

(*) أنظر ملحق رقم (1).

وصف الاستمارة :

تتكون استمارة ملاحظة السلوك العدواني من (20) عبارة تقيس جميعها السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من خلال تقدير الوالدين، وقد صيغت عبارات الاستمارة بلغة سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الآخرين " نوع من التقدير من قبل الآخرين "، ففي تعليمات الاختبار يطلب من والدي الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم" أن يختار إجابة واحدة من أربع بدائل على مقياس متدرج (دائماً – كثيراً – نادراً – أبداً) . والدرجة المقابلة لها (4- 3- 2- 1) على الترتيب.

خطوات إعداد استمارة السلوك العدواني

1- اطلعت الباحثة على العديد من التعريفات المختلفة للسلوك العدواني والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية ، وكذلك تطرقت لمكوناته والتي قدم كل باحث تناول السلوك العدواني مجموعة من المكونات التي قد تشترك فيما بينها في العديد من العبارات سواء في المعنى أو في الصيغة .

2- تطرقت الباحثة للعديد من المقاييس التي تقيس السلوك العدواني لدى الأطفال، منها:

- استبيان العدوانية إعداد / محمد عبدالظاهر الطيب (1985).
- مقياس عين شمس لأشكال السلوك العدواني لدى الأطفال إعداد / نبيل عبدالفتاح حافظ (2000).

- مقياس السلوك العدواني للأطفال إعداد / آمال عبدالسميع باظه (2000).

- مقياس السلوك العدواني لباميلا **Pamela Orpinas** (2001).

3- تم وضع المقياس في صورته الأولية بعد أن أعدته الباحثة في (20) عبارة تقيس لسلوك العدواني، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على 10 من أعضاء هيئة التدريس، حيث اختيرت هيئة التحكيم من العاملين في حقل علم النفس، الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية، حيث طلبت الباحثة من الأساتذة بالجامعات تدارك أي العبارات غير مفهومه أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها الاختبار، بالإضافة إلى حذف أو إعادة صياغة ما يرونه غير ملائم أو غير مناسب لتلك المرحلة.

- الكفاءة السيكومترية للاستمارة :

قامت الباحثة باختيار عينة التقنين وتتكون من والدي (أب – أم) 30 طفل وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من مدرسة التربية الفكرية التابعة لإدارة بلطيم بمحافظة كفرالشيخ، وقد قامت الباحثة بتقدير الدرجة الكلية للاستمارة وقد أكدت الباحثة على والدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم.

[1] الثبات :

وقد قامت الباحثة بحساب ثبات الاستمارة من خلال :

أ- الثبات بطريقة التطبيق وإعادة تطبيق الاستمارة:

فقد قامت الباحثة بإعادة تطبيق الاستمارة على نفس عينة التقنين بعد أسبوعين من التطبيق الأول حيث وجد أن معامل الثبات 0.88 وهي قيمة مرتفعة جداً ودالة .

ب- الثبات بطريقة تحليل التباين

تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة كيود ريتشاردسون على نفس عينة التقنين، وقد حصلت الباحثة على معامل ثبات 0.83 وهو معامل مرتفع جداً ودالة .

ج - الثبات بمعادلة الفاكرونباخ

حيث حصلت الباحثة على معامل ثبات قدرة 0.91 وهو دال بما يكفي للثقة في ثبات الاستمارة.

[2] الصدق.

وقد قامت الباحثة بحساب الصدق عن طريق :-

أ - صدق المحكمين :-

تم صدق المحكمين وذلك بعرض الاستمارة في صورتها الأولية(*) مع تعريف السلوك العدواني على (10) محكمين من هيئة التحكيم من الكوادر في، الصحة النفسية وعلم النفس والخدمة

(*) أنظر ملحق رقم (2).

الاجتماعية وحقل العمل بمدرسة التربية الخاصة . حيث أدلى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (100٪) على جميع عبارات الاستمارة حيث طلب منهم تحديد :

- مدي دقة صياغة بنود الاستمارة .
- صحة اللغة وملائمتها للأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .
- مدي سلامة ووضوح تعليمات الاستمارة .
- هل تحتوي العبارة الواحدة أكثر من مضمون أي هل هي مركبة .
- إضافة ما ترون سيادتكم أضافته أو تعديله .

ب- الصدق المرتبط بالمحكات :-

وتعتمد تلك الطريقة على مقارنة درجات الاستمارة بدرجات مقياس للسلوك العدواني تم استخدامه كمحك خارجي، حيث استخدمت الباحثة مقياس السلوك العدواني للأطفال إعداد / آمال عبدالسميع باظه (2000)، وقد حصلت الباحثة على معامل ارتباط قيمته 0.78 وهو قيمة مرتفعة جداً ودالة عند مستوى 0.01.

وعلى ذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات الاستمارة بطرق كثيرة ومتنوعة مما يجعل استخدام الاستمارة مناسباً وملائماً .

5]- استمارة ملاحظة الاكتئاب [*]

الهدف من استمارة الملاحظة

تحديد درجة الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

وصف الاستمارة :

تتكون استمارة ملاحظة الاكتئاب من (15) عبارة تقيس جميعها الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من خلال تقدير الوالدين، وقد صيغت بنود الاستمارة بلغه سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الآخرين " نوع من التقدير من قبل الآخرين "، ففي تعليمات الاختيار يطلب من والدي الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم" أن يختار إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج (غالباً – أحياناً – نادراً) . والدرجة المقابلة لها (3- 2- 1) على الترتيب.

خطوات إعداد استمارة الاكتئاب

1- اطلعت الباحثة على العديد من التعريفات المختلفة للاكتئاب والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية .

2- تطرقت الباحثة للعديد من المقاييس التي تقيس الاكتئاب لدى الأطفال، منها :

(*) أنظر ملحق رقم (3).

- مقياس بيك للاكتئاب (د- 2) إعداد / غريب عبد الفتاح (2000).
- مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج ترجمة رشاد عبد العزيز موسي (1988).
- مقياس الاكتئاب إعداد / عادل عبدالله (1998).
- مقياس الاكتئاب إعداد / حنان العمري (1985).

3- تم وضع المقياس في صورته الأولية [*] بعد أن أعدته الباحثة في (15) عبارة تقيس الاكتئاب، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على 10 من أعضاء هيئة التدريس، حيث اختيرت هيئة التحكيم من العاملين في حقل علم النفس، الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية، حيث طلبت الباحثة من الأساتذة بالجامعات تدارك أي العبارات غير مفهومه أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها الاختبار، بالإضافة إلى حذف أو إعادة صياغة ما يرونه غير ملائم أو غير مناسب لتلك المرحلة .

الكفاءة السيكومترية للاستمارة :

قامت الباحثة باختيار عينة التقنين وتتكون من والدي (أب – أم) 30 طفل وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من

(*) أنظر ملحق رقم (2).

مدرسة التربية الفكرية التابعة لإدارة بلطيم بمحافظة كفرالشيخ، وقد قامت الباحثة بتقدير الدرجة الكلية للاستمارة وقد أكدت الباحثة على والدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم .

[1] الثبات :

وقد قامت الباحثة بحساب ثبات الاستمارة من خلال :

أ- الثبات بطريقة التطبيق وإعادة تطبيق الاستمارة:

فقد قامت الباحثة بإعادة تطبيق الاستمارة على نفس عينة التقنين بعد أسبوعين من التطبيق الأول حيث وجد أن معامل الثبات 0.84 وهي قيمة مرتفعة جداً ودالة .

ب- الثبات بطريقة تحليل التباين

تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة كيود وريتشاردسون على نفس عينة التقنين، وقد حصلت الباحثة على معامل ثبات 0.78 وهو معامل مرتفع جداً ودالة .

ج - الثبات بمعادلة الفاكرونباخ

حيث حصلت الباحثة على معامل ثبات قدرة 0.88 وهو دال بما يكفي للثقة في ثبات الاستمارة .

[2] الصدق:

وقد قامت الباحثة بحساب الصدق عن طريق :

أ- صدق المحكمين :

تم صدق المحكمين وذلك بعرض الاستمارة في صورتها الأولية مع تعريف الاكتئاب على (10) محكمين من هيئة التحكيم من الكوادر في، الصحة النفسية وعلم النفس والخدمة الاجتماعية وحقل العمل بمدرسة التربية الخاصة . حيث أدلى جميع السادة المحكمين بنسبة موافقة (100٪) على جميع عبارات الاستمارة حيث طلب منهم تحديد :

- مدى دقة صياغة بنود الاستمارة .
- صحة اللغة وملائمتها للأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .
- مدى سلامة ووضوح تعليمات الاستمارة .
- هل تحتوي العبارة الواحدة أكثر من مضمون أي هل هي مركبة.
- إضافة ما ترون سيادتكم أضافته أو تعديله .

ب- الصدق المرتبط بالمحكات :-

وتعتمد تلك الطريقة على مقارنة درجات الاستمارة بدرجات مقياس آخر تم استخدامه كمحك خارجي، حيث استخدمت الباحثة مقياس بيك الثاني للاكتئاب إعداد / غريب عبدالفتاح غريب (2000)، وقد حصلت الباحثة على معامل ارتباط قيمته 0.79 وهو قيمة مرتفعة جداً ودالة عند مستوى 0.01.

وعلى ذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات الاستمارة بطرق كثيرة ومتنوعة مما يجعل استخدام الاستمارة مناسباً وملائماً .

6)- استمارة ملاحظة القلق (*)

الهدف من استمارة الملاحظة

تحديد درجة القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .

وصف الاستمارة :

تتكون استمارة ملاحظة القلق من (14) عبارة تقيس جميعها القلق لدى الأطفال، وقد صيغت بنود الاستمارة بلغة سهلة وبسيطة وواضحة بحيث تكون الإجابة عن طريق الآخرين " نوع من التقدير من قبل الاخرين " ، ففي تعليمات الاختبار يطلب من والدي الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم" أن يختار إجابة واحدة من ثلاث بدائل على مقياس متدرج (غالباً – أحياناً – نادراً) . والدرجة المقابلة لها (3- 2- 1) على الترتيب.

خطوات إعداد استمارة القلق

1- اطلعت الباحثة على العديد من التعريفات المختلفة للقلق والتي قدمت في الأبحاث الأجنبية والأبحاث العربية .

(*) أنظر ملحق رقم (4).

2- تطرقت الباحثة للعديد من المقاييس التي تقيس القلق لدى الأطفال، منها:

- مقياس القلق إعداد/ أحمد عبدالخالق (2000)
- مقياس القلق للأطفال إعداد/ فيولا الببلاوي (1987)
- مقياس القلق للمراهقين المعاقين سمعياً إعداد/ حسيب محمد حسيب (2004).
- مقياس الانزعاج الانفعالية لقياس قلق الامتحان ليبرت وموريس (1981) ترجمة / محمد عبدالعال الشيخ.
- مقياس قلق الامتحان إعداد / عبدالظاهر الطيب (1984).
- مقياس قلق الاختبار للمراهقين **(Swanson , 1996)**.
- مقياس القلق إعداد / عبدالرقيب أحمد إبراهيم (1982).

3- تم وضع المقياس في صورته الأولية (*) بعد أن أعدته الباحثة في (14) عبارة تقيس القلق، وتم عرض المقياس في صورته الأولية على 10 من أعضاء هيئة التدريس، حيث اختيرت هيئة التحكيم من العاملين في حقل علم النفس، الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية، حيث طلبت الباحثة من الأساتذة بالجامعات تدارك أي العبارات غير مفهومه أو غير واضحة بالنسبة للفئة العمرية المطبق عليها الاختبار، بالإضافة

(*) أنظر ملحق رقم (2).

إلى حذف أو إعادة صياغة ما يرونه غير ملائم أو غير مناسب لتلك المرحلة .

الكفاءة السيكومترية لاستمارة ملاحظة القلق:

قامت الباحثة باختيار عينة التقنين وتتكون من والدي (أب – أم) 30 طفل وطفلة من الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من مدرسة التربية الفكرية التابعة لإدارة بلطيم بمحافظة كفر الشيخ، وقد قامت الباحثة بتقدير الدرجة الكلية للاستمارة وقد أكدت الباحثة على والدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" ضرورة تعاونهم وصدق أدائهم .

1) الثبات:

وقد قامت الباحثة بحساب ثبات الاستمارة من خلال :

أ- الثبات بطريقة التطبيق وإعادة تطبيق الاستمارة:

فقد قامت الباحثة بإعادة تطبيق الاستمارة على نفس عينة التقنين بعد أسبوعين من التطبيق الأول حيث وجد أن معامل الثبات 0.84 وهي قيمة مرتفعة جداً ودالة .

ب- الثبات بطريقة تحليل التباين

تم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة كيود وريتشاردسون على نفس عينة التقنين، وقد حصلت الباحثة على معامل ثبات 0.77 وهو معامل مرتفع جداً ودالة .

ج - الثبات بمعادلة الفاكرونباخ

حيث حصلت الباحثة على معامل ثبات قدرة 0.8 وهو دال بما يكفي للثقة في ثبات الاستمارة.

2] الصدق:

وقد قامت الباحثة بحساب الصدق عن طريق :-

أ - صدق المحكمين :-

تم صدق المحكمين وذلك بعرض الاستمارة في صورتها الأولية مع تعريف القلق على (10) محكمين من هيئة التحكيم من الكوادر في، الصحة النفسية وعلم النفس والخدمة الاجتماعية وحقل العمل بمدرسة التربية الخاصة . وقد أخذت الباحثة البنود التي لاقت نسبة اتفاق (100٪) فأعلى حيث طلب منهم تحديد :

- مدى دقة صياغة بنود الاستمارة .
- صحة اللغة وملائمتها للأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .
- مدى سلامة ووضوح تعليمات الاستمارة .
- هل تحتوي العبارة الواحدة أكثر من مضمون أي هل هي مركبة.
- إضافة ما ترون سيادتكم أضافته أو تعديله .

حيث أشار السادة المحكمين ضرورة استبعاد كلمة كثيراً من صيغة العبارة (كثيراً) بالإضافة إلى إضافة ثلاث عبارات جديدة إلى الاستمارة وهم :

- سريع الاستثارة ومندفع.
- يميل للانسحاب وتجنب الآخرين.
- فاقد للشهية أغلب الوقت.

ب- الصدق المرتبط بالمحكات :

وتعتمد تلك الطريقة على مقارنة درجات الاستمارة بدرجات مقياس آخر تم استخدامه كمحك خارجي، حيث استخدمت الباحثة مقياس القلق للأطفال إعداد / عبدالرقيب أحمد ابراهيم (1982)، وقد حصلت الباحثة على معامل ارتباط قيمته 0,81 وهو قيمة مرتفعة جداً ودالة عند مستوى 0,01.

وعلى ذلك تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات الاستمارة بطرق كثيرة ومتنوعة مما يجعل استخدام الاستمارة مناسباً وملائماً .

ثالثاً: البرنامج الارشادي الاسري (*) :

مقدمة :

انطلاقاً مما أشار إليه الباحثون من ان نقص المهارات الاجتماعية يؤدي إلى العديد من المشكلات السلوكية ، ويجعل

(*) أنظر ملحق رقم (5).

الأطفال اكثر انعزالاً عن الآخرين وعدم القدرة على التفاعل الاجتماعي وأقل في تقدير الذات، وعدم القدرة على تلبية أو رفض مطالب الآخرين، وعدم القدرة على استهلال المحادثة مع الآخرين وعدم القدرة على التمسك بالحقوق ... وما الى ذلك . وإذا كان المعاقين عقلياً بطبيعة الحال يتسمون بالعجز الشديد في المهارات الاجتماعية فإن ذلك ينعكس على سلوكهم في المجتمع .

ولعل اخطر ما يعاني منه الطفل المعاق عقليا هو ان تتسم معظم أساليبه السلوكية بالعنف والحاق الضرر بالذات والآخرين وعدم قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مقبولة مع أقرانه لانه يوجه كل نشاطه وطاقته نحو أساليب السلوك المدمر مما يجعله اكثر عرضه لتجنب المواقف التي يكون لها تأثير في التفاعل الايجابي مما يعجزه عن المشاركة والتأثير في مجتمعه ويصبح اكثر استهدافا لصنوف القلق والاكتئاب (أميرة طه بخش 1998ص162) .

والإرشاد له دور كبير مع والدى الطفل المعاق لأن الوالدين هما المعلم الأول للطفل فهما يعلمانه المهارات الاجتماعية ويشجعانه ويتبنيانه ولا يوجد من يعرف الطفل ويحبه ويحرص عليه أكثر من والديه مما يجعل ارشادهما جزء لا يتجزأ من البرنامج لأن الوالدين هما أهم عناصر البيئة التي يعيش فيها الطفل (آمال محمود، 2006، ص94) .

ومما لاشك فيه ان إرشاد والدي الطفل المعاق عقليا وتبصيرهما بخصائصه ومطالب نموه وتدريبهما على برامج إرشادية مصممة وإكسابهما المهارات في التعامل معه لتخفيف حدة المشكلات النفسية والسلوكية التي تواجه هؤلاء الأطفال مثل القلق، والاكتئاب، والعدوان.

وقد تناولت دراسات عديدة فعالية البرامج التدريبية في خفض بعض المشكلات السلوكية لدي الأطفال المعاقين عقليا كدراسة (جانسين وكومبس kambs ، Gansen 1987) ، دراسة كلير استيوارد واخرون claire stewrat .et al (1995)، سهير محمود أمين (1997)، اميرة طه بخش (1998)، سعيد دبيس (1998)، رشا احمد (1999) سهير محمد شاش (2002)، امال محمود (2006)

خطوات بناء البرنامج :

يتضمن البرنامج مكونات أساسية يتطلب الأمر ضرورة تحديدها ووضع الإطار المناسب لها، وتحديد أهم الأسس التى تم مراعاتها فى تصميم وتحديد الأنشطة والأدوات الأساسية في تنفيذ البرنامج وكذلك كيفية تقويم البرنامج والوصول إلى العائد المرغوب.

أهداف البرنامج :

أهم أهداف البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية

1- تعريف الوالدين بالمشكلات الأساسية التى تواجه الأطفال الذين يعانون من المشكلات النفسية والسلوكية كالقلق

والاكتئاب، والعدوان وذلك من حيث دوافع السلوك والمظاهر التي يمكن أن يتسم بها كل طفل والتعرف على المواقف التي تواجه الأطفال فى هذا المجال .

2- وضع التدريبات اللازمة للأطفال امام الوالدين خاصة الأمهات واهمية استخدامها وتدريب الأطفال عليها قدر الإمكان مع ايضاح أهم الاجراءات والخطوات التي يجب اتباعها .

3- إكساب الوالدين المهارات اللازمة للتعامل مع الطفل من خلال فنيات أساسية يمكن استخدامها فى هذا المجال ومن أهم تلك الفنيات :

أ- فنية المناقشة وتبادل الرأى مع الأطفال .

ب- فنية الانصات الواعى لما يقوله الطفل خلال المواقف المختلفة المرتبطة بالمشكلات النفسية والسلوكية .

ج- فنية المشاركة مع الطفل فى مواقف مثل اشباع أهم احتياجاته التى يسعى إليها .

4- تدريب الوالدين لتنمية قدرة طفلهما على فهم المشكلات التى تواجهه واكتسابه العادات السلوكية الجديدة التى تشكل مواجهة المواقف الصعبة بالإضافة إلى مساعدة الطفل على أداء تمارين يتم تصميمها فى هذا البرنامج

5- تدريب الوالدين خاصة الأم فى تعليم الطفل عدم الخوف والقلق من المواقف المرتبطة بالتعامل مع الأخرين من أجل تحقيق الأهداف الذي يسعى إليها

أسس اختيار محتويات البرنامج الأساسية:

حيث يبنى البرنامج على:-

1- الاستفادة من البرامج الإرشادية الوالدية خاصة لمن يتعاملون مع الأطفال الذين يعانون من المشكلات النفسية والسلوكيات .

2- الاستفادة من الإطار النظرى والمضمون العلمي والدراسات السابقة والتى كانت تمثل الموجهات النظرية للدراسة منذ بدايتها .

3- حضور البرامج التدريبية المتخصصة في مجال إعداد برامج التدخل والإرشاد خاصة مع الأطفال واكتساب خبرات خاصة بكيفية ارشاد الوالدين أو أحدهما، وكذلك الاطلاع على الدوريات والمراجع التى تتضمن تمكين الارشاد من كافة الجوانب .

4- طبيعة المشكلات التى تواجه الأطفال وهي القلق والاكتئاب، العدوان من حيث تأثيرها في الأطفال والسلوكيات المرتبطة بهؤلاء الأطفال وكيف يمكن التعامل مع تلك المشكلات، والاطلاع على تحليل العلماء لتلك المشكلات وأهم العوامل المؤثرة فيها .

الأسس الاجتماعية والنفسية والتربوية للبرنامج :

اعتمدت الباحثة على بعض الأسس الاجتماعية والنفسية في وضع وتصميم البرنامج على النحو التالي :

1- كيفية اتباع الوالدين خاصة الأم لمحددات ومهارات التدريب فى التعامل مع الطفل خلال مواقف محددة تتعلق بمواجهة الاضطرابات المحددة القلق، الاكتئاب، العدوان .

2- قيام الباحثة بعرض نماذج للوالدين لبعض التدريبات التي يمكن استخدامها مع الأطفال مثل (الاسترخاء، التداعي الحر، التعبير اللفظى وغير اللفظى).

3- تحديد الإطار الزمنى المناسب من حيث استمرار البرنامج لفترة زمنية كافية للتدريب عن طريق تطبيق وحدات البرنامج على أساس يومي مع تكرار التدريب بصفة دورية ومستمرة .

4- المشاركة النشطة والفعالة للوالدين مع الأطفال فى مواجهة مشكلاتهم، مع مراعاة ان الأطفال يختلفون عن بعضهم البعض مع مراعاة ضرورة التأهيل والادماج للأطفال .

5- استخدام التعزيز الإيجابى للسلوك بعد حدوثه كما يتم فى التدريبات المحددة لمواجهة المشكلات السلوكية التى تواجه الأطفال .

6- استخدام الأنشطة التى يرغبها الطفل خاصة الأنشطة التى يرغبها ويحبها والتعبير عن سعادتنا لما يقوم به الطفل والتركيز على ما يتعلمه الطفل دون مساعدة وايضاح أن الطفل قادر على ذلك فى إطار إمكانياته المحدودة .

7- اتباع التجربة والتعلم الذاتي قدر الامكان مع ضرورة توفير الوقت الذي يحتاج اليه الطفل ويحتاج اليه للتدريب أو اللعب بمفرده أو مع أفراد الأسرة حسب الأحوال.

8- ضرورة تحديد وتقدير القدرات والامكانيات المتوفرة وتقييم المهارات والامكانيات المتوفرة لدى الطفل وتشخيص مشكلات الطفل ومظاهر المشكلات الأساسية التى يمكن ان يبنى عليها تدريبات منظمة محددة لمواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية .

أهم الفنيات المستخدمة فى البرنامج :

تستخدم الباحثة فنيات متعددة فى إطار البرنامج أهمها ما يلي:-

1- فنيات الوعي الحسي وهي كيف يعي الطفل بجسمه وكيف تتكامل الحواس لديه فى الوعي بالموجودات واعتبار ان النشاط الجسمي رد فعل استرخائي للحالة النفسجسمية

2- استخدام التداعي الحر من خلال تحديد موضوع معين وترك المستهدفين للاسترسال في الحديث عما يجيش بخاطرهم .

3- استخدام المناقشة الجماعية حتى يمكن اتاحة الفرص المناسبة لكي يتم تبادل الرأى والحوار نحو مواجهة مشكلات التفاعل مع الأطفال حيث ان المناقشة يمكن ان تقلل المخاوف والاحساس بالأمن ، كما انها يمكن ان تقلل من الإحساس بالاكتئاب وكذلك تقليل الاتجاه نحو العدوان .

4- استخدام التدعيم اللفظي وغير اللفظي مثل كلمات التشجيع والمدح وهذه الفنية تعمل على ضرورة المشاركة، والاستمرارية في التدريب واستخدام الامكانيات وطرح الأفكار التي تساهم في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية .

5- النمذجة :تشير هذه الفنية الي ضرورة وضع نموذج من السلوكيات المطلوبة حتي يمكن ان يكون قدوة امام الطفل، وذلك من خلال عرض نموذج من السلوك المطلوب تعليمه للطفل وذلك بان تقوم الأم بعمل نموذج امام الطفل يتمثل في السلوك الصحيح او استخدام احد اخواته او طفل اخر يقوم بهذا السلوك امام الطفل مع تقديم إرشادات للطفل لكيفية اداء هذا السلوك .

6- التقليد :- يقوم أحد الوالدين بدفع طفلهما الي تقليده بعد عمل نموذج أمامه عن السلوك الذي يريد تعليمه له بمجرد ان يصبح الطفل قادرا علي التقليد فان ذلك يمكنه من التدريب علي بعض المهارات علي طريقة تقليد شخص أخر يؤدي هذه المهارة سواء كانت هذه المهارة سلوكية او لفظية .

1- التمهيد من الباحثة للوالدين لأهمية البرنامج وتدعيم العلاقة بينهم مما يتيح فرص التفاهم والحوار وتبادل الخبرات بينهم لمساعدة الأطفال .

2- الرد على أسئلة الوالدين خاصة الأسئلة الخاصة بكيفية تعليم وتدريب الأطفال على القيام بالتدريبات المختلفة .

3- تبسيط البرنامج أمام الوالدين وإيضاح الأهداف التى نسعى إليها من ممارسة تلك البرامج .

4- التدريب على استخدام الفنيات الأساسية فى إطار البرنامج خاصة الفنيات المتعلقة بالاتجاه المعرفى والسلوكى .

5- اتاحة الفرص لكى تعرض بعض الأمهات الخبرات التى تتعلق بكيفية التعامل مع الأطفال وبعض المشكلات التى تواجههن فى إطار الإحساس بالقلق ، الاكتئاب والعدوان بمختلف صوره التى تواجه الأسرة .

6- تحديد الخطوات التى يجب اتباعها عند الأمهات لكيفية تدريب الأطفال التدريبات المرتبطة بكيفية مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية .

أهم الأساليب التى اتبعتها الباحثة فى الإرشاد الجماعى

تستخدم الباحثة الأساليب التالية فى الإرشاد الجماعى :

1- المحاضرات : اعتمدت الباحثة على المحاضرات كأسلوب بسيط وأسلوب يعتمد عليه الإرشاد كمرحلة تمهيدية للتدريب وإكساب المطلوب والخبرات اللازمة للتدريب على المهارات والمحاضرة تتيح الفرصة لشرح الموضوعات والمشكلات والاضطرابات التى تواجه الطفل .

2- المناقشة : المناقشة هى أسلوب من أساليب الإرشاد وتعتمد على التبادل والتفاعل بين طرفى الموقف (الأسرة والباحثة) أو (الأسرة والطفل) وتوضح المناقشة المشاعر والآراء المختلفة

وتسعى المناقشة إلى تعليم الأعضاء المهارات والخبرات وتعد الجماعة او المشتركين فى المناقشة هى الوسيط الاجتماعي المناسبة لتحقيق الأهداف تم تكوين الجدول وعرضه فى إطار البرنامج الارشادى المقترح للوالدين لمواجهة اضطرابات الطفل سواء كانت فى شكل القلق، الاكتئاب، العدوان والسعي نحو تكوين أساليب علاجية تشارك فيها الأسرة من اجل تحقيق أهداف البرنامج الإرشادى .

3- استخدام فنيات النموذج المعرفي السلوكي : ويستخدم النموذج من اجل تعديل الأفكار او تغييرها وربطها بالسلوكيات المرغوبة فى مواجهة الاضطرابات المختلفة المرتبطة بالقلق، الاكتئاب، العدوان مع ضرورة ملاحظة عمليات التفكير، التذكر، الاستنتاج والعمليات العصبية وغيرها من العمليات التى يمكن ملاحظتها .

4- اللقاءات الفردية والجماعية مع الأسرة : لتدعيم العلاقة المهنية التى يمكن ان تكون احد الوسائل التى يمكن ان تحقق اهداف البرنامج العلاجى بالإضافة إلى أن تلك الفنيات تحقق القبول وحسن الاصغاء حتى يمكن مساعدة الأسرة على تحديد مشكلاتها ومساعدة اطفالها .

الأنشطة المقترحة التى يمكن ان يتضمنها البرنامج :

هناك العديد من الأنشطة التى يمكن ان تشترك فيها الأسرة لمساعدة الأطفال على مواجهة المشكلات النفسية المختلفة ومن بينها القلق، الاكتئاب، العدوان وغيرها، وبناء على ذلك

يمكن ان نقترح بعض الأنشطة التي يفضل استخدامها في تلك المجالات على النحو الآتي:

1- الأنشطة الخاصة بالتعبير عن المشاعر والأفكار والرغبات المعبرة عن بعض المشكلات احيانا مثل الاكتئاب وهناك يمكن للأسرة استخدام المناقشات والحوار وتبادل المشاعر والآراء بين الأسرة والطفل خلال مواقف مختلفة مما يساهم تدعيم العلاقات الودية وإحساس الطفل ان هناك من يهتم به ويرعى شئونه ويساهم في الإصغاء إليه وتفهم مشاكله أي كان نوعها ومضمونها ويمكن ان يكون التعبير لفظياً او غير لفظي مثل تعبيرات الوجه او اللمس غيرها.

2- الأنشطة الخاصة بالجوانب الفنية التعبيرية ومن امثلتها الرسوم وان آداء اللوحات واستخدام الخامات والألوان المختلفة التي يمكن ان تكون مؤشر عن اضطرابات الطفل او تعبيراً عما يشعر به الطفل فهناك من يرسم الحرمان مثل رسم طفل يسير في مكان مظلم او مرضين ولا يجد من يرشده إلى مكان آمن وبالتالي يعبر الطفل عما يعاني منه في هذه المواقف.

3- الأنشطة الخاصة التي تهدف إلى التعرف على أساليب التفكير عند الطفل وكذلك المكونات الفكرية التي يسلك بناء عليه وهنا يمكن ان نعرض نماذج من تلك النشطة مثل ما يلي :

أ - الصور غير المتكاملة وتكوين موضوع من تلك الصور .

ب- حكاية من الحياة والمطلوب اعطاء عنوانها .

4- الأنشطة الخاصة باختبار القدرات الجسمية والاحساس بالقدرة عن الضبط والتحكم في المكونات وتوجيه الأعضاء نحو الأهداف المرغوبة او نحو المجالات الهامة في تفعيل القدرات الجسمية قدر الإمكان ومن أمثلة تلك الأنشطة ما يلي :

أ- التمارين الرياضية المرتبطة بالإحساس بالقدرات وارتباطها بقدرات الآخرين المشتركين في الأنشطة .

ب- التدريبات الخاصة بالقدرة على التحكم في جسم الإنسان والإحساس بالاسترخاء واستعادة قوة القدرة الجسمية إلى حد كبير.

ج- المسابقات الرياضية والإحساس بالنجاح او قبول بعض الصعوبات ومواجهتها بقدر الإمكان ن والمشاركة في مساعدة فريق العمل على تحقيق الأهداف المرغوبة .

5- الأنشطة التي تتعلق بالعمل الجماعي اي مشاركة الآخرين في القيام بعمل معروضات من البيئة بالمدرسة أو مشاركة أفراد الأسرة في الترتيب والتعديل لمكونات الأسرة بالإضافة إلى ضرورة مشاهدة انجازات يقوم بها اطفال في نفس المرحلة العمرية والنجاح فيها وما هي العوامل المؤثرة في ذلك .

6- الأنشطة التي تتعلق بالزيارات الميدانية والاحتكاك بالبيئة الطبيعية مثل القيام بمشاركة الأسرة والآخرين رحلات ترفيهية للأماكن التي يمكن ان تحقق جواً من المدح والسرور خاصة في حالات القلق والاكتئاب مما يؤكد للطفل ضرورة تغيير بعض الأفكار التي ارتبط بها وتأثر بها في سلوكه وانطباعاته الشخصية .

7- الأنشطة الخاصة بالتكوين والبناء والتشكيل من خلال استخدام بعض الخامات والمكونات التي يمكن أن تؤكد أن الطفل قادر على القيام ببعض الأعمال النافعة مثل بناء برج يرشد الآخرين للطريق الصحيح أو إعداد كارت لدعوة الآخرين للعمل او تشكيل مكان خاص لممارسة الأطفال انشطتهم او اعداد تمثال يعبر عن البطولة والجرأة وهذه الأنشطة وعندها يمكن تساعد على التعبير عن المشاعر والتخفيف وتعديل السلوك والاهتمام باستخدام أساليب التعبير اللفظي وغير اللفظي المناسبة للحياة، بالإضافة إلى اكتساب انماط الحياة السلوكية المرغوبة لتغيير أساليب الحياة التي يمكن ان تكون هي المؤدية إلى القلق او الاكتئاب او العدوان او غيرها من الاضطرابات التي تواجه الأطفال .

جدول (2) الخطة الزمنية لتنفيذ البرنامج الارشادي المستخدم في الدراسة الحالية

الايام	موعد الجلسات	زمن الجلسة	مكان الجلسة	عدد الجلسات	مدة البرنامج
الاحد الخميس	من الساعة العاشرة صباحا وحتى الثانية عشر ظهرا	ساعتين	مدرسة التربية الفكرية بكفرالشيخ	16جلسة بواقع جلستين في الاسبوع	ثلاثة اشهر

جدول (3) مكونات البرنامج الإرشادي العام لمواجهة القلق، الاكتئاب، العدوان

م	أهداف البرنامج	مكونات البرنامج	أسس اختيار البرنامج	فنيات البرنامج
1	إزالة مخاوف الأسرة من مشكلات الطفل	تدريبات ايجابية للأسرة – التعبير عن المخاوف	الاستفادة من البرامج الإرشادية السابقة في هذه المجال	التداعي الحر
2	التدريب العملى على استخدام بعض التدريبات مع الطفل	عرض الفنيات المرتبطة بنماذج العلاج	التركيز على الأنشطة التى يمكن أن يشارك فيها الطفل	التغذية المرتدة وتحليلها . الوعي الحسي . النمذجة
3	المناقشة مع الوالدين حول ضرورة المشاركة فى مواجهة المشكلات	التعرف علي بعض التساؤلات من الوالدين والرد عليها	الاهتمام بالنماذج وعرضها والتركيز على التعلم الذاتى للطفل	استخدام التدريب اللفظى وغير اللفظى . التقليد . النمذجة
4	مساعدة الأسر على مواجهة اى صعوبات لمساعدة الطفل المُشكل	التاكيد على أن دور الوالدين هام ويحقق العلاج المناسب لحالة الطفل	التعرف على قدرات وامكانيات الطفل وكيفية توظيفها بالملاحظة والممارسة	النمذجة والتقليد لما يراه الطفل فى التدريب

رابعاً: خطوات الدراسة :

- قامت الباحثة بإعداد وتجهيز أدوات الدراسة التشخيصية بهدف التعرف على محتواها ومنطلقاتها النظرية .
- بعد استعراض التراث النظري والبحثي في الإعاقة العقلية والمشكلات السلوكية والوجدانية محور الدراسة الحالية (السلوك العدواني – الاكتئاب – القلق)، أعدت الباحثة استمارات لقياس تلك المشكلات، وتم التأكد من صلاحية استخدامها . وتم إعداد البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم في الدراسة وتم تقديمهم لهيئة التحكيم والالتزام بتعديلاتهم .
- قامت الباحثة بتحديد عينة الدراسة من الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) ووالديهم من خلال تطبيق أدوات التشخيص لاختيار العينة .
- تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين بالنسبة لكل من الأطفال والوالدين : مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وتم التأكد من تجانسهما بالنسبة لمتغيرات العمر للأطفال ووالديهم، والمستوى الاجتماعي- الاقتصادي- الثقافي للأسرة، ومتغيرات الدراسة (المشكلات السلوكية والوجدانية)، والسلوك التكيفي باستخدام اختبار مان ويتني .
- تم تطبيق البرنامج الإرشادي الأسري على المجموعة التجريبية (الوالدين) في حين لم تتعرض له المجموعة الضابطة (الوالدين).
- التزمت الباحثة بحدود الدراسة الآنف عرضها في الفصل الأول .

- تم القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من الأطفال والوالدين.
- تم عرض النتائج وفقاً لفروض الدراسة، وتم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة .

خامساً : منهج الدراسة :

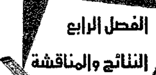
استخدمت الدراسة الحالية المنهج التجريبي الذي تحاول الباحثة من خلاله إعادة بناء الواقع في موقف تجريبي بهدف الكشف عن اثر متغير تجريبي (البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم) في متغير تابع محدد (بعض المشكلات السلوكية والوجدانية) في ظروف تسيطر الباحثة فيها على بعض المتغيرات الأخرى الدخيلة (الوسيطة) – التي يمكن أن تترك أثرها على المتغير التابع – عن طريق الضبط، وتقوم الدراسة التجريبية على افتراض اساسي مؤداه انه إذا كان هناك موقفان متشابهان تماما في جميع النواحي (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة) ، وأضيف متغيرا أو عنصرا معينا (البرنامج المستخدم في الدراسة الحالي) إلى احد الموقفين (المجموعة التجريبية) دون الأخرى (والمجموعة الضابطة) فان اى تغير أو اختلاف يظهر بعد ذلك بين الموقفين (بين متوسطات رتب المجموعتين) فانه يعزى إلى وجود هذا المتغير أو العنصر المضاف ، ويسمى المتغير الذي تتحكم الباحثة فيه عن قصد في التجربة بطريقة معينة ومنتظمة بالمتغير المستقل أو

التجريبي؛ إما نوع الفعل أو السلوك الناتج عن المتغير المستقل فيسمى بالمتغير التابع.

سادساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

نظرا لصغر حجم عينة الدراسة، فقد تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية اللابارامترية على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، كما يلي:

- اختبار مان ويتني **Mann-Whitney** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان غير مرتبطتين (تجريبية - ضابطة).
- اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان مرتبطتين(قبلي- بعدي) (بعدي- تتبعي) (فؤاد البهى السيد، 1979، 354- 358).
- المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين؛ والتي تمثل الإحصاء الوصفي.



- مقدمة
- عرض النتائج وتفسيرها



مقدمة :

قدمت الباحثة في الفصل السابق عرضاً تفصيلياً للإجراءات المتبعة في الدراسة والتي اشتملت على العينة والأدوات والخطوات والمنهج العلمي والأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل بيانات الدراسة.

وتقدم الباحثة في الفصل الحالي عرضاً تفصيلياً لما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج على النحو التالي :

عرض نتائج الدراسة:

- النتائج المتعلقة بالسلوك العدواني:

1] - نتائج الفرض الأول :

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب القياس البعدي.

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لدى أفراد المجموعة التجريبية ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لنفس أفراد المجموعة ، ويتضح ذلك فى الجدول التالى:

جدول (4) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
السلوك العدواني	8	120	0	0	3.411	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية ، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب القياس البعدي، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه .

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني .



شكل (3)

التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي) على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

2] - **نتائج الفرض الثاني:**

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب المجموعة التجريبية".

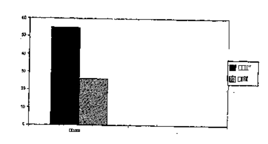
وقد تم استخدام اختبار مان ويتني للتحقق من وجود فرق بين المجموعتين (التجريبية- الضابطة) في القياس البعدي، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (5) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	التجريبية	15	8	120	0	120	4.674	0.001
	الضابطة	15	23	345				

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لجانب المجموعة التجريبية؛ حيث كان الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة السلوك العدواني؛ ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني .



شكل (4)

التمثيل البياني لمتوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

3) - نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني".

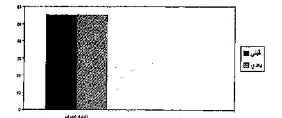
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (6) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
السلوك العدواني	1.5	1.5	3.38	13.50	- 1.625	غيردال

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة السلوك العدواني، ويتضح من ذلك قبول الفرض الصفري.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني .



شكل (5) التمثيل البياني لمتوسطي المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

4] - نتائج الفرض الرابع :

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني.

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (7) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

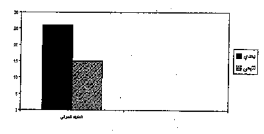
المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
السلوك العدواني	8.36	117	3	3	-3.413	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين البعدى والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة السلوك العدواني نجانب القياس التتبعي، وبذلك يتم رفض الفرض الصفري، ويصبح الفرض الجديد موجه كالتالي

:" يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني لجانب القياس التتبعي" .

حيث توقعت الباحثة احتفاظ المجموعة التجريبية بالتحسن، ولكن ازدادت درجة التحسن لدرجة أنها وصلت في الازدياد بما يؤكد فعالية البرنامج المستمرة (تقليل السلوك العدواني) حتى بعد انتهاء فتره التطبيق بشهر ونصف.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني نقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعي على استمارة ملاحظة السلوك العدواني .



شكل (6)

التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي) على استمارة ملاحظة السلوك العدواني

النتائج المتعلقة بالاكتئاب:

5) - نتائج الفرض الخامس :

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب القياس البعدي" .

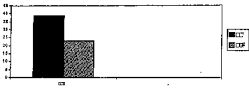
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك فى الجدول التالي:

جدول (8) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة الاكتئاب

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
الاكتئاب	8	120	0	0	3.421 -	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب القياس البعدي، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه .

ويوضح الشكل التالى التمثيل البيانى لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على استمارة ملاحظة الاكتئاب .



شكل (7)

التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي) على استمارة ملاحظة الاكتئاب

(6) - نتائج الفرض السادس:

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب المجموعة التجريبية " .

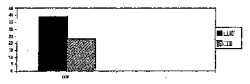
وقد تم استخدام اختبار مان ويتنى للتحقق من وجود فرق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) فى القياس البعدى ، ويتضح ذلك فى الجدول التالى:

جدول (9) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس البعدى لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة الاكتئاب

القياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاكتئاب	التجريبية	15	8	120	0	120	4.726	0.001
	الضابطة	15	23	345				

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لجانب المجموعة التجريبية: حيث كان الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة الاكتئاب، ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

ويوضح الشكل التالى التمثيل البيانى لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب .



شكل (8)

التمثيل البياني لمتوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة الاكتئاب

7] - نتائج الفرض السابع:

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب".

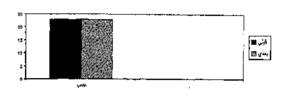
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك فى الجدول التالي:

جدول (10) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلى والبعدى لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة الاكتئاب

القياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
الاكتئاب	4.83	29	6.5	26	0.154	غيردال

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة الاكتئاب، ويتضح من ذلك قبول الفرض الصفري.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب .



شكل (9)

التمثيل البياني لمتوسطي المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة الاكتئاب

8] - نتائج الفرض الثامن :

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة الاكتئاب

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

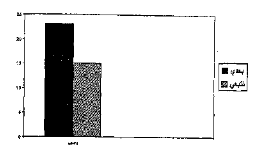
جدول (11) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة الاكتئاب

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
الاكتئاب	8	120	0	0	3.424	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب القياس التتبعي، وبذلك يتم رفض الفرض الصفري، ويصبح الفرض الجديد موجه كالتالي :" يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة الاكتئاب لجانب القياس التتبعي" .

حيث توقعت الباحثة احتفاظ المجموعة التجريبية بالتحسن، ولكن ازدادت درجة التحسن لدرجة أنها وصلت في الازدياد بما يؤكد فعالية البرنامج المستمرة (تقليل الاكتئاب) "حتى بعد انتهاء فترة التطبيق بشهر ونصف".

ويوضح الشكل التالى التمثيل البيانى لقيم متوسطي درجات اداء أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعي على استمارة ملاحظة الاكتئاب.



شكل (10) التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي – البعدي) على استمارة ملاحظة الاكتئاب

النتائج المتعلقة بالقلق:

9) – نتائج الفرض التاسع :

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق لجانب القياس البعدي".

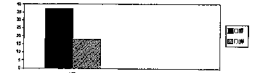
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (12) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة القلق

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
القلق	8	120	0	0	3.413	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة القلق لجانب القياس البعدي، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه .

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق .



شكل (11) التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي) على استمارة ملاحظة القلق

[10] نتائج الفرض العاشر:

ينص الفرض على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة القلق لجانب المجموعة التجريبية" .

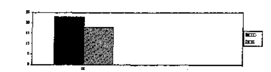
وقد تم استخدام اختبار مان ويتني للتحقق من وجود فرق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في القياس البعدي، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (13) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة القلق

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتني U	معامل W	قيمة Z	مستوى الدلالة
القلق	التجريبية	10	8	120	0	120	4.739	0.001
	الضابطة	10	23	345				

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة لجانب المجموعة التجريبية، حيث كان الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة القلق، ويتضح من ذلك قبول الفرض الموجه.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على استمارة ملاحظة القلق .



شكل (12)

التمثيل البياني لمتوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة على استمارة ملاحظة القلق

[11] - نتائج الفرض الحادي عشر:

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق".

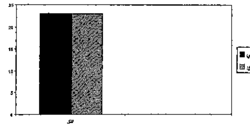
ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (14) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة القلق

المقياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
القلق	6.93	48.5	5.9	29.5	0.757	غيردال

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة على استمارة ملاحظة القلق، ويتضح من ذلك قبول الفرض الصفري.

ويوضح الشكل التالي التمثيل البيانى لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى على استمارة ملاحظة القلق.



شكل (13) التمثيل البياني لمتوسطي المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة ملاحظة القلق

12) - نتائج الفرض الثاني عشر:

ينص الفرض على أنه: " لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة القلق.

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لنفس أفراد المجموعة، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (15) اتجاه الفرق بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على استمارة ملاحظة القلق

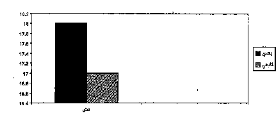
القياس	الرتب السالبة (-)		الرتب الموجبة (+)		قيمة Z	مستوى الدلالة
	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع		
القلق	8	120	0	0	3.426	0.001

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت الفرق دال عند مستوى (0.001) على استمارة ملاحظة القلق لجانب القياس التتبعي، وبذلك يتم رفض الفرض الصفري، ويصبح الفرض الجديد موجه كالتالي: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة القلق لجانب القياس التتبعي".

حيث توقعت الباحثة احتفاظ المجموعة التجريبية بالتحسن، ولكن ازدادت درجة التحسن لدرجة أنها وصلت في الازدياد بما

يؤكد فعالية البرنامج المستمرة (تقليل القلق) "حتى بعد انتهاء فترة التطبيق بشهر ونصف".

ويوضح الشكل التالي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على استمارة ملاحظة القلق.



شكل (14) التمثيل البياني لمتوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي - البعدي) على استمارة ملاحظة القلق

- تفسير النتائج ومناقشتها:

يتضح من النتائج السابق عرضها كفاءة البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم في الدراسة الحالية في التخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية والوجدانية (السلوك العدواني - القلق - الاكتئاب) لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

ويمكن للباحثة تفسير النتائج وفق متغيرات الدراسة:

- بالنسبة للسلوك العدواني: فقد حقق البرنامج الإرشادي الأسري تخفيفاً ملحوظاً في السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين

عقلياً "القابلين للتعلم". فتتفق تلك النتائج مع دراسة (Friendland , 1974) التي أشارت من بين نتائجها إلى فعالية البرامج الإرشادية الجماعية في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى الأفراد المعاقين عقلياً. وكذلك مع دراسة (Takahashi , 1994) التي أشارت من بين نتائجها إلى فعالية مدخل الإرشاد النفسي في تقليل العدوان اللفظي. وكذلك مع دراسة (سهير محمود ، 1997) التي أشارت من بين نتائجها إلى أن البرنامج الإرشادي بما يتضمنه من أنشطة هامة في حياة الطفل المعاق عقلياً والتدريبات والممارسات السلوكية التي تقوم على التوافق النفسي والتفاعل مع الآخرين ساهم في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

وعلى نفس المنحى ؛ نجد دراسة (Erickson , 2000) التي أشارت إلى فعالية البرامج السلوكية في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى الأفراد المعاقين عقلياً. وكذلك دراسة (Novkovic et al., 2000) التي أشارت من بين نتائجها عن أن الأفراد المعاقين عقلياً الذين تلقوا خدمات علاجية فردية وجماعية ضمن برنامج إرشادي قد تعدل لديهم سلوكياتهم العدوانية. وهذا ينطلق من توصيات دراسة (Douma et al., 2006) في أن آباء وأمهات الأطفال والمراهقين المعاقين ذهنياً في حاجة ماسة إلى المزيد من الخدمات الإرشادية والنفسية في محيط الأسرة لكيفية التعامل مع أبنائهم في التغلب على مشكلات من قبيل العدوان.

- بالنسبة للاكتئاب: فقد حقق البرنامج الإرشادي الأسري تخفيفاً ملحوظاً في الاكتئاب لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم". وتتفق تلك النتائج مع دراسة **(Regan , 1989)** التي أشارت من بين نتائجها لفعالية البرامج الإرشادية المتاحة في خفض الاكتئاب لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية. وكذلك مع دراسة **(Nishida & Kuroda , 2003)** عن أن الميل إلى الاكتئاب ينخفض معدله من خلال الإرشاد المهني.

- بالنسبة للقلق: فقد حقق البرنامج الإرشادي الأسري تخفيفاً ملحوظاً في القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم". وتتفق تلك النتائج مع دراسة **(Kato , 2003)** في أن الإرشاد مدخل فعال في التخلص من مشكلات القلق. وكذلك مع دراسة **(Nishida & Kuroda , 2003)** عن أن الميل إلى الاكتئاب ينخفض معدله من خلال الإرشاد المهني.

وتعزو الباحثة تلك النتيجة إلى أنه لما كان السلوك العدواني يرجع لعوامل معرفية واجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، فإن البرنامج الحالي قد ساهم بدوره في تقليل تلك التشوهات التي أدت إلى إحداث ذلك السلوك مما ساهم بجعل السلوك إيجابياً. وكذلك فإن تركيز الباحثة على:

- خفض حالات الحرمان النفسي البيولوجي للوالدين وبالتالي الابن.

- تعليم الطفل بطريقة غير مباشرة كيفية التعبير عن غضبه عندما يناله الإحباط.
- استخدام أساليب الانطفاء والتشبع والعقاب العلاجي في حالة إحداث الطفل للسلوك غير المقبول اجتماعياً. وهذا ساهم بدرجة كبيرة في نجاح البرنامج في تخفيف السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".

حيث تشير إحصائيات المركز الفيدرالي لخدمات الصحة النفسية إلى أن واحد من كل (33) طفل يعانون من الاكتئاب، وأن (70٪) من الأطفال المعاقين عقلياً لا يتلقون خدمات الصحة النفسية، وهذا ما راعاه البرنامج الحالي.

وقد ساهم في تخفيف الاكتئاب في الدراسة الحالية، استخدام بعض الفنيات والأنشطة التالية:

- إعادة التقييم المعرفي: من خلال تصحيح المعتقدات والاتجاهات غير المتوافقة والتي تؤدي إلى المشكلات السلوكية والوجدانية حيث أن السلوك غير المرغوب اجتماعياً ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة يتم استبدالها بأخرى صحيحة من خلال إعادة التقييم المعرفي.
- إلقاء التعليمات التي توجه نحو الذات: من خلال مجموعة من التعليمات فيما يخص قم ولا تقم بـ أو أفعل ولا تفعل كذا.
- التدريب البدني: مجموعة من التدريبات الرياضية.

- التغذية والتحكم في الوزن : من خلال نظام غذائي متوازن.
- تجنب صعوبات النوم : من خلال التبصير بأهمية النوم وفوائده وصعوباته وحلها.

وقد ساهم في خفض القلق لدى الأطفال المعاقين عقليا "القابلين للتعلم" في الدراسة الحالية استخدام تدريبات منها :

- تدريبات الوعي الحسي : وهو كيف يعي الطفل بجسمه وكيف تتكامل حواسه.
- تدريبات الرؤية : وتعتمد على ممارسة الأنشطة البصرية بصورة مختلفة عن التي أعتاد عليها الطفل مثل:
  - النظر إلى الفراغات.
  - غلق العين.
  - التدريب على ملاحظة التفاصيل.
  - تدريبات السمع.
- تدريبات التنفس والحجاب الحاجز.
- التدريبات العقلية العصبية.
- تدريبات الاسترخاء لأجزاء الجسم.

بالنسبة للبرنامج الإرشادي الأسري بصورة مجملة : تشير النتائج السابق عرضها في مجملها فعالية البرنامج الإرشادي الأسري المستخدم في الدراسة الحالية في التخفيف من حدة بعض

المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" . بما يوحي أن الخبرة التي اكتسبها والدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" من البرنامج الإرشادي وما يتضمنه من فنيات وأنشطة حياتية ذات مغزى في حياة والدي (الأم/الأب) للأطفال المعاقين عقليا "القابلين للتعلم" . وهذا يتفق بوجه عام مع الدراسات والبحوث التي تناولت البرامج الإرشادية مع الأطفال المعاقين عقلياً مثل (هامس وآخرون، 1985 ؛ ستيوارد وآخرون، 1995 ؛ سهير حلمي محمد، 1995 ؛ عايدة على قاسم، 1996؛ رشا محمد احمد، 1999 ؛ يارا فهمي سالم، 2003) في كفاءة مثل هذا النوع من البرامج الإرشادية في التعامل مع مشكلات الطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم". وبصفة خاصة تتفق النتائج مع دراسة (أمال محمود عبدالمنعم، 2006) في فعالية مدخل الإرشاد النفسي الأسري في التغلب على المشكلات التي تعاني منها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وكذلك في فترة القياس التتبعي (بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج).

وهذا يترجم رؤية **(Douma et al., 2006)** في أن آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً غالباً ما يصابون بالعديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تولد لديهم التوترات والضغوط من إثر وجود طفل معاق، وأن الإرشاد النفسي يلعب دوراً فعالاً في التغلب على ذلك ؛ على أنه (88.26٪) من والدي الأطفال المعاقين عقلياً في حاجة أكيدة إلى الدعم والمساندة التي لا تتأتى إلا من خلال الإرشاد لحل مشكلاتهم مع أبنائهم المعاقين عقلياً.

وقد ساهم كذلك في نجاح البرنامج الإرشادي الحالي مع المشكلات السلوكية والوجدانية محور الدراسة الحالية ما يلي:

- إتباع التعليمات الخاصة التي حددتها الباحثة للوالدين في المواقف التي تتعلق بالقلق والاكتئاب والعدوان.
- الاستناد إلى تدريبات كالتداعي الحر والتعبير اللفظي وغير اللفظي.
- تفعيل دور الوالدين في البرنامج بصورة نشطة.
- استخدام أساليب التعزيز الايجابي والتعلم الذاتي.
- مراعاة ظروف الأسرة الاقتصادية والاجتماعية وخصائصها .
- بناء علاقة بين الباحثة والآباء والأمهات.

كذلك استخدام فنيات (المناقشة ، تبادل الرأي ، الإنصات، المشاركة .....) لما لهم من دور فعال في تفعيل البرنامج الإرشادي . بالإضافة إلى الاعتبارات التالية:

- تبصير الوالدين بالمشكلات الأساسية التي تواجه أطفالهم كالاضطرابات السلوكية والوجدانية كالقلق والاكتئاب والسلوك العدواني من حيث المظاهر والسلوك.
- التركيز على التدريبات الهامة والضرورية للطفل أمام الوالدين.
- تبصير الوالدين بمشكلات أبنائهم المعاقين عقلياً وتدريبهم على كيفية التخلص منها.

ونظراً لنقص المهارات الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" والتي يفتقر إليها كذلك بعض والديهم أو تجاهلهم لها أو اعتبارها غير هامة لدى أبنائهم ما أسهم بدوره في خلق العديد من المشكلات السلوكية والوجدانية التي تجلت على أبنائهم كالقلق والاكتئاب والعدوان .... لذا جاء البرنامج الحالي ليخفف من حدة تلك المشكلات.

أما على المستوي الكيفي (القائمة على الملاحظة النظرية) فقد اكتشفت الباحثة نجاح البرنامج الإرشادي المستخدم من نتائج الملاحظة غير المقننة على والدي الأطفال المعاقين عقلياً التي تمثلت في:

- إحساس الوالدين بقدرتهما على إمكانية التعامل مع الطفل المعاق عقلياً نحو التصدي لأي مشكلة يعاني منها.
- الإحساس بالمسئولية والقدرة على إتباع وتنفيذ الفنيات المستخدمة وفق تعليمات الباحثة.
- الرغبة في التعرف على أدق التفاصيل والمعوقات التي قد تحول دون تخلص أبنائهم من مشكلاتهم السلوكية والوجدانية.
- التداعي الحر من قبل الوالدين للأفكار والموضوعات التي تخص طفلهم المعاق عقلياً.
- الالتزام بتأدية التدريبات المختلفة التي تكلف بها الباحثة الوالدين والتي تتعلق بحالة طفلهما المعاق عقلياً .

- تنفيذ الوالدين لما يتلقوه في الجلسات مع أبنائهم بصفة منتظمة في المنزل.
- أستمرارية الوالدين بتنفيذ ما تعلموه في البرنامج الإرشادي حتى بعد إنهاء الباحثة لجلسات البرنامج جميعها.

ويمكن تفسير تلك النتيجة بالنسبة للمجموعة التجريبية في أن والدي الأطفال المعاقين عقليا كانوا في أمس الحاجة إلى مثل هذا النوع من البرامج الإرشادية الأسرية نظراً لردود أفعال الوالدين السلبية إزاء أزمة ميلاد الطفل المعاق عقلياً، والضغوط التى يتعرض لها الوالدين نتيجة الإعاقة نفسها وافتقارهم إلى كيفية التعايش معها وإدارتها وما أسفرت عن مشكلات وجدانية وسلوكية على الأبناء المعاقين عقلياً، ولذا قد استجبن للبرنامج الإرشادي الأسري لزيادة استبصارهم بحالة الطفل عن طريق تزويدهم بحصيلة مناسبة من الحقائق العلمية والمعلومات عن طفلهم، واحتياجاته الخاصة، والمشكلات السلوكية لديه. وكذلك فشل الطرق التقليدية التي كانوا يستخدموها في محاولة التكيف مع المشكلات السلوكية والوجدانية كالعدوان والقلق والاكتئاب والاستسلام والخضوع للإعاقة والفشل في التكيف........، واستخدام وسائل الدفاع الأولية باعتبارها ذات فائدة في حماية الفرد من الناحية النفسية فهي وسيلة جيدة للهروب، ولكنها غير فعالة في إزالة هذه المشكلات أو تخفيفها. فقيام الأم/الأب بنقل ما تعلمه من البرنامج إلى طفلهما قد حقق مستوى أفضل من التحسن لهؤلاء الأطفال وإزداد تكيف الأم/الأب مع الألم الناشئ عن إعاقة طفلها/طفله للشعور بالإسهام

الإيجابي الفعال في تحسن وتقدم الطفل، كما أن التدريب العملي الذي تلقته (الأم/الأب) على يد الباحثة يمكنهما من مساعدة طفلها على التفاعل والتواصل في الحياة الأسرية وتحقيق مستوى أفضل من خفض المشكلات السلوكية والوجدانية، ما جعل الوالدين أكثر فهما لحالة الطفل مما ساعدهما على اتخاذ القرار الحاسم بعد أن كانا عاجزان عن تقديم المساعدة له. وكان الطفل بمثابة عبء ثقيل لا يطيقا تحمله ولا يستطيعا التفاعل معه.

كما أن تدريب الوالدين على إتباع الأساليب السلوكية القائمة على مبادئ التعلم في التخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" والتي اشتملت على أساليب (المناقشة، المشاركة، الانصات، النمذجة، والتشكيل، والتدعيم الإيجابي، ....) وقيامهما بذلك بصورة فردية مع طفلها (حتى يكون محور تركيزها عليه مما يجعله أكثر انتباها لها)، كان لذلك أثر فعال في تقليل حدة بعض المشكلات السلوكية والوجدانية (القلق – العدوان – الاكتئاب) لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم". إضافة إلى ذلك فإن تعرض والدي الأطفال في المجموعة التجريبية إلى الخبرات والمثيرات البيئية والمنزلية مع قيام الوالدين بتلبية تعليمات الباحثة في البرنامج على ابنائهما قد ساعد الأطفال على التخفيف من حدة المشكلات السلوكية والوجدانية لدى أطفالهم المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم". ويمكن أن تعزو هذه النتيجة كذلك إلى إتباع البرنامج لأساليب الربط بين المثير الحياتي مع الواقع الفعلي. وفي مقابل ذلك يمكننا

تفسير عدم تقدم أفراد المجموعة الضابطة بشكل دال إلى افتقارهم للمنبهات البيئية والأسرية التي تنمى لدى هؤلاء الأطفال والعادات والمهارات اللازمة لخفض مشكلاتهم السلوكية والوجدانية محور الدراسة الحالية.

وترجع هذه النتيجة كذلك إلى ما قدمه البرنامج من إرشادات وتوجيهات وملاحظات للوالدين فأدى إلى التخفيف من حدة مشاعر الرفض وخيبة الأمل والعجز أمام وجود طفل يعانى من قصور أو إعاقة عقلية وما له من تأثير على المشكلات السلوكية والوجدانية لديه وعلى اتصاله بالمحيطين فوجود طفل يعانى من نقص أو قصور لدى الوالدين يمثل تهديدا لكيانهما الذاتي، وكذلك لنسق القيم لديهم لذا فالتوجيهات والنصائح والتدريبات قد تكون ساهمت بشكل جيد فى وجود شعاع من أمل لدى والدى الطفل، الأمر الذى إنعكس على تحويل أسلوب تعاملهم مع الطفل من الإنكار والرفض إلى الحث والمثابرة على اتباع توجيهات تدريبية وتقديم المثيرات البيئية إليه فأدى ذلك إلى خفض مشكلاتهم السلوكية والوجدانية. وبذلك تعد هذه النتيجة أمرا طبيعيا فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحوث والدراسات السابقة، حيث أكدت هذه الدراسات على أهمية البرامج الإرشادية للأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم والتى تقدم من خلال الوالدين.

ولكون الحاجة ماسة إلى تقديم الأنشطة والخبرات التربوية الفردية، والجماعية للوالدين للتعامل مع الطفل المعاق عقليا وأهمية الدور الأساسي للوالدين فى المشاركة لتعليم وتدريب طفلهما المعاق

عقليا بالمنزل، وضرورة تفاعل الوالدين مع طفلهما المعاق عقليا في أنشطة اللعب الحر داخل نطاق الأسرة، وتوجيه الوالدين بشكل سليم على البرامج التربوية والتنموية المتاحة لهم، فالأطفال المعاقين عقليا يشعرون بالطمأنينة في المناخ الأسري السوي. وهذا ما قام عليه البرنامج الحالي.

وبمقارنة أفراد المجموعة التجريبية – على كل المشكلات السلوكية والوجدانية محور الدراسة الحالية – قبل فترة المتابعة وبعدها في استمارات الملاحظة المستخدمة في الدراسة يمكننا القول أن أطفال المجموعة التجريبية قد طرأ عليهم تعديل في مشكلاتهم السلوكية والوجدانية، إذ تابع الوالدين تدريباتهم التي تلقوها على يد الباحثة من البرنامج بصفة مستمرة مع أبنائهم حتى جاءت النتائج بصورة تفوق الاحتفاظ بالتأثير إلى استمرارية تخفيف حدة المشكلات السلوكية (السلوك العدواني والقلق والاكتئاب) لدى أبنائهم المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم". وهذا إن دل على شئ إنما يدل على أن الوالدين قد توافقوا وتوحدوا مع البرنامج بصورة قوية – لحاجتهم الشديدة لمثل هذه البرامج – حتى باتت استجاباتهم تجاه أطفالهم منبئة بالتفاؤل والاهتمام.

وهذا ما أكده فاروق صادق (1998) من أنه كلما اندمجت الأسرة في برنامج يهدف علاج مشكلة معينة لدى الطفل وتفهمته جيدا كانت فعاليات البرنامج أكثر نجاحا وأبعد أثرا في حياة الطفل المعاق عقليا. (فاروق صادق، 1998). وأكده علاء الدين كفافي (1999) في أن الأسرة بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية

بين أعضائها تمثل شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة، كما أنها تمثل في الوقت ذاته مجالا حيويا أوليا يتعلم فيه الفرد كيف يسلك تجاه أعضاء الأسرة للآخرين مما يمكنه في النهاية من أن يعمم مثل هذا السلوك في معاملته مع الآخرين خارج نطاق الأسرة.

في حين حرمت المجموعة الضابطة من كل ذلك: وبالتالي لم يتحسن أداؤهم.

الفصل الخامس

الملخص والتوصيات والمراجع



أولاً : ملخص الدراسة:

تمثلت مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة على الأسئلة التالية:-

- ما فعالية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدي الأطفال المعاقين عقلياً " القابلين للتعلم "
- ما مدي استمرارية البرنامج الإرشادي الأسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم " بعد انتهاء التطبيق بثلاثة أشهر .

وبذلك كان الهدف:

- الكشف عن فعالية البرنامج الارشادي الاسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدي الاطفال المعاقين عقليا "القابلين للتعلم "
- الكشف عن مدي استمرارية البرنامج الارشادي الاسري في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية والوجدانية لدي الاطفال المعاقين عقلياً " القابلين للتعلم " بعد انتهاء التطبيق بثلاثة اشهر .

تحددت الدراسة من خلال :-

- عينة الدراسة
- عينة الأطفال : وتضم (30) طفلا وطفلة من المعاقين عقليا " القابلين للتعلم " الموجودين بمدرسة التربية بمحافظة كفر الشيخ

حيث تم تقسيمهم الى مجموعتين متساوتين قوام كل منهما (15) طفلا وطفلة، احداهما تجريبية والاخرى ضابطة، وتراوح العمر الزمني لافراد العينة ككل بين (6.5- 8.5) سنوات بمتوسط قدره (7.1) وانحراف معياري قدره (1.88)، ونسبة ذكائهم تتراوح بين (53- 69) بمتوسط قدره (58.9) وانحراف معياري قدره (2.44)

- عينة الوالدين : وضمت والدي اطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (ن=30) بواقع (15) لكل مجموعة وتراوح العمر الزمني لافراد العينة ككل بين (41- 57) سنوات بمتوسط قدره (47.2) وانحراف معياري قدره (3.88) بالنسبة للاباء، وبين (29- 44) سنوات بمتوسط قدره (34.45)، وانحراف معياري قدره (2.5) بالنسبة للامهات، حيث تم تقديم البرنامج الارشادي المستخدم للمجموعة التجريبية، حتي يقوموا بتدريب اطفالهم علي كل ما تلقوه بداخل البرنامج في نطاق الاسرة، في حين لم يتلقي والدي اطفال المجموعة الضابطة هذا البرنامج . وقد راعت الباحثة ان يكون الوالدين علي قدر من التعليم حتي يتمكن الوالدين من تدريب اطفالهم علي وحدات البرنامج وكتابة التقرير عن استجابة الطفل .

- أدوات الدراسة :-

- مقياس بينيه للذكاء (الطبعة الرابعة) تعريب وتقنين مصري عبدالحميد حنورة (2001)

- مقياس السلوك التكيفي (الجزء الأول) تعريب وتقنين / فاروق محمد صادق (1985)
- مقياس المستوى الاجتماعي /الاقتصادي /الثقافي المطور للاسرة المصرية إعداد /محمد بيومي خليل (2000)
- مقياس ملاحظة السلوك العدواني إعداد الباحثة
- استمارة ملاحظة الاكتئاب إعداد الباحثة
- استمارة ملاحظة القلق إعداد الباحثة
- البرنامج الارشادي الاسري إعداد الباحثة
- **الأسلوب الاحصائي :-**

نظرا لصغر حجم عينة الدراسة، فقد تم استخدام بعض الاساليب الاحصائية اللابارامترية علي افراد المجموعتين التجريبية والضابطة ، كما يلي :

- اختبار مان ويتني **Mann-Whitney** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان غير مرتبطتين (تجريبية ضابطة)
- اختبار ويلكوكسون **Wilcoxon** للكشف عن دلالة الفروق وذلك عندما تكون العينتان مرتبطتين (قبلي – بعدي) (بعدي – تتبعي) (فؤاد البهي السيد، 1979 ،354- 358).
- المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات افراد المجموعتين : والتي تمثل الاحصاء الوصفي .

وتوصلت الدراسة الى :

1- يوجد فرق دال احصائيا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استمارة (ملاحظة السلوك العدواني – استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق) لجانب القياس البعدي.

2- يوجد فرق دال احصائيا بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على (ملاحظة السلوك العدواني – استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق لجانب المجموعة التجريبية .

3- لا يوجد فرق دال احصائيا بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على (ملاحظة السلوك العدواني – استمارة ملاحظة الاكتئاب استمارة ملاحظة القلق.

ثانياً : توصيات الدراسة

في ضوء إجراءات الدراسة الحالية وما توصلت إليه الباحثة من نتائج وما قدمته من تفسيرات، وما لمسته من معوقات واجهتها خلال التطبيق، فإنها تقترح بعض التوصيات التربوية الآتية :

- الاستثمار البشري في مجال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) من خلال تخفيف مشكلاتهم النفسية والاجتماعية والتربوية الأخرى.

- الاهتمام باستخدام أساليب التعزيز المادي والمعنوي والاجتماعي بمختلف الطرق، مما يساعد على التفاعل الإيجابي للأطفال المعاقين عقلياً ، وبث روح التعاون بينهم والرغبة في الالتزام بالسلوكيات المرغوب فيها .

- الاهتمام بإعداد معلم التربية الخاصة، وتزويده بالخبرات والأساليب والفنيات والاستراتيجيات الجديدة في التربية الخاصة، وطرق التعامل مع الطفل المعاق عقلياً .

- الاهتمام بدور أخصائي الخدمة الاجتماعية والأخصائي النفسي بالمدرسة، وتزويده بالخبرات والوسائل والأجهزة اللازمة التي تساعده على متابعة الوالدين فيما يتعلق بالنواحي النفسية والتربوية والاجتماعية .... للطفل المعاق عقلياً "القابل للتعلم".

- تخصيص برامج أو مجلات دورية أو مؤسسات متخصصة هدفها تقديم كل ما هو جديد عن الطفل المعاق عقلياً ، ومشكلاته التي يعاني منها ، وتقديم طرق التأهيل والتعليم المناسبة لقدرات وإمكانات هذا الطفل سواء للمعلم والأخصائي النفسي والاجتماعي أم للوالدين .

- تعديل اتجاهات المحيطين نحو الطفل المعاق عقلياً، وتشجيعهم على التفاعل الإيجابي في مواقف الحياة المختلفة، مما يبعث الثقة والطمأنينة في نفس الطفل المعاق واكتسابه الثقة بالنفس .

- توعية الوالدين بتدريب أبنائهم على الأنشطة التي تقي من الوقوع فريسة للاضطرابات السلوكية والوجدانية بالاستعانة بالنماذج المجسمة والدومى والصور واصطحابهم للرحلات ......إلخ.

- ضرورة الاسترشاد بمثيرات البيئة المتنوعة لتحصين هؤلاء الأطفال ضد المشكلات السلوكية والوجدانية.

- ضرورة الاهتمام بوضع البرامج الإرشادية والعلاجية التي تساعد على تفهم طبيعة مشكلات الطفل المعاق عقليا السلوكية والوجدانية والاجتماعية، والتوعية بالطرق العلاجية المختلفة ، ومساعدة الأسرة في الوصول إلى المراكز والمؤسسات العلاجية لابنائهم.

- ضرورة عقد الندوات والدورات التدريبية لوالدي الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" بشأن كيفية التعامل مع الإعاقة العقلية لدى أبنائهم، والقدرة على تثبيط المواقف التي تنشط المشكلات السلوكية والوجدانية (السلوك العدواني – الاكتئاب – القلق) لدى أطفالهم المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .

- العمل على توفير الحجرات المجهزة بالخامات والأجهزة والوسائل التي تساعد الطفل المعاق عقلياً على ممارسة الأنشطة المختلفة، والتي تلعب دوراً هاماً في إزالة الخوف والقلق والتوتر والاكتئاب والعدوان لدي الطفل المعاق عقلياً.

ثالثاً : بحوث مقترحة :

تقترح الباحثة بعض البحوث المقترحة منها :

- أثـر التدريب علـى بعـض الأنشطة الفنيـة والموسـيقية في خفـض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لـدى الأطفـال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم".
- أثر التدريب علـى المهارات الاجتماعيـة لـلأم علـى بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) .
- أثر برنامج معرفي سلوكي في تنمية دافعية التواد لدى الأطفـال المعـاقين عقليـاً (القـابلين للـتعلم) علـى التوافـق النفسـي والاجتماعي.
- بعـض المستغيرات الأسـرية والاجتماعيـة وعلاقتهـما بالمشـكلات السـلوكية والوجدانيـة للأطفـال المعـاقين عقليـاً "القابلين للتعلم".
- دور المنـاخ الأسـري والبيئـة المحيطـة بـه في نشـأة الاضـطرابات السـلوكية والوجدانيـة لـدى الأطفـال المعـاقين عقليـاً "القـابلين للتعلم".
- فعاليـة تـدريبات الكفـاءة الوجدانيـة في تنميـة التوافـق النفسـي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين عقلياً "القابلين للتعلم" .
- مدى فاعلية استخدام فنيات وأساليب العلاج السلوكي المعرفي في تحسـين التواصـل الاجتماعي لـدى الأطفـال المعـاقين عقليـاً " القابلين التعلم ".

رابعاً : المراجع :

1. أ .ف (بتروفكسي)، مج يارو شفسكي (1996) : معجم علم النفس المعاصر، محرر الطبعة العربية سعد الفيشاوي وآخرون، دار العلم الجديد .

2. أحمد السعيد يونس، مصري عبد الحميد حنورة (1991) : رعاية الطفل المعوق طبياً ونفسياً واجتماعياً، القاهرة . دار الفكر العربي

3. أحمد السيد محمد إسماعيل (1993) : مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي .

4. أحمد شفيق السكري (2000) : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة .

5. أحمد محمد عبد الخالق (1991) : مقياس الاكتئاب، مقارنة بين أربعة مقاييس، مجلة الدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

6. ـــــ (2000) : الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

7. أحمد عزت راجح (1994) : أصول علم النفس، الإسكندرية، دار المعارف .

8. أحمد فهمي عكاشة (1992): الطب النفسي المعاصر، ط2، القاهرة: عالم الكتب .

9. ــــ (2000) : علم النفس الفسيولوجي، الطبعة التاسعة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

10. أسماء عبدالله عطية (1995) : تنمية بعض جوانب السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا بدولة قطر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق .

11. السيد إبراهيم السمادوني (1981) : المؤشرات الفسيولوجية للمستويات المختلفة من القلق كسمة، رسالة ماجستير غير منشورة، مودعة بمكتبه كلية التربية، جامعة طنطا.

12. الفت محمد حقي (1986) : فيزيولوجيا السلوك، علم النفس الفيزيولوجي، الإسكندرية . دار الفكر الجامعي

13. الهام أحمد كلثوم (1990) : حقوق واحتياجات اسر الأطفال المعاقين ودورهـا، مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر، القاهرة، مركز سيتي للتدريب والدراسات في الإعاقة العقلية .

14. آمال عبد السميع باظه (1997) : الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

15. ــــ (1999) : بحوث وقراءات في الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

16. ـــــ (2002): الاتجاهات الحديثة لتشخيص ذوي الاحتياجات الخاصة، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين تحديات الواقع وآفاق المستقبل، كلية التربية، جامعة المنيا في الفترة من (7 8) مايو، ص20.

17. ـــــ (2003) سيكولوجية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

18. ـــــ (2004) : تشخيص ورعاية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

19. آمال محمود عبد المنعم (2006) : الإرشاد النفسي الأسري، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق

20. آمل معوض الهجرسي (2002) : تربية الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة، دار الفكر العربي.

21. أموال أحمد عبدالكريم (1994) : برنامج تدريبي خاص لتعديل السلوك في رفع مستوى بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

22. أميرة طه بخش (1998) : فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية، يصدرها معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة: العدد 11.

23. انس محمد قاسم (2000) : مقدمة في سيكولوجية اللغة، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

24. أنور محمد الشرقاوي (1981) : التعلم نظريات وتطبيقات، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

25. ايفيلين مصطفى شاكر (1990) : دور الآباء في تحسين خدمات المعاق عقلياً، في مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر.

26. إيمان فؤاد كاشف (2001) : الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .

27. أيمن أحمد المارية (1999) : فعالية طريقة المواضع المكانية في رفع كفاءة التذكر لدى الأطفال المعاقين ذهنيا (القابلين للتعلم)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طنطا

28. أيمن محمد الديب (2001) : استخدام نموذج PASS في التشخيص الفارقي لعينة من ذوي الحاجات الخاصة المعاقين ذهنيا القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات . جامعة عين شمس

29. بدر محمد الأنصاري (2004) : القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية . دراسة ثقافية مقارنة، دراسات نفسية، دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة، المجلد الرابع عشر، العدد الثالث .

30. توفيـق عبـد المنعم توفيـق (1997) : المكونـات العامليـة للاكتئـاب لـدى عينـة مـن تلاميـذ المرحلـة الإعداديـة بدولـة البحرين، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد جامعة عين شمس.

31. جمـال محمـد الخطيـب (1988) : المظـاهر السـلوكية غـير التكيفية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليا لمدارس التربية الخاصة في عمان، القاهرة، مجلة الدراسات التربوية، المجلد الخامس، العدد الثامن.

32. ـــــ (1993) : تعديل سلوك الأطفال المعوقين، دليل الآباء والمعلمين، عمان، دار حنين

33. جمـال مثقـال القاسـم (2000) : الاضـطرابات السـلوكية، عمان، دار صنعاء للنشر والتوزيع

34. حامد عبد السلام زهران (1980) : التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتاب.

35. ـــــ (1997) : الصحـة النفسـية والعـلاج النفسـي، ط3، القاهرة، عالم الكتب.

36. ـــــ (1998) : التوجيـه والإرشـاد النفسـي، ط2، القـاهرة، عالم الكتب.

37. حسام محمد الاشموني (2000) : مدى فعالية برنامج تدريبي على مهـارات الاتصـال في تنميـة بعـض العمليـات النفسـية

الأساسية لدى المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم)، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفرالشيخ.

38. حسام إسماعيل هيبة (1982) : دراسة لمفهوم الذات لدى المتخلفين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

39. حسن إبراهيم عبداللطيف (1997) : الاكتئاب النفسي دراسة الفروق بين حضارتين بين الجنسين، دراسات نفسية، مج7، ع1.

40. حسن مصطفى عبدالمعطي (2001) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة ، الأسباب التشخيص العلاج، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر.

41. حسنين محمد كامل، على السيد سليمان (1990) : السلوك العدواني وإدراك الأبناء للاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية (دراسة تنبؤية)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.

42. حسين على فايد (2001) :الاضطرابات السلوكية : تشخيصها، أسبابها، علاجها، القاهرة، مؤسسة طيبة.

43. حنان العمري (1985) : الاستجابات اللفظية الاكتئابية التي تميز مرض الاكتئاب النفسي عن فئات أخرى من المرضى النفسيين والعاديين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

44. حنان حسن نشأت (1994) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لدى المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس .

45. حنان عبد الحميد العناني (1995) : الصحة النفسية للطفل، عمان، دار الفكر

46. خالد إبراهيم الفخراني (1989) : تطور السلوك العدواني عند الأطفال وعلاقته بالتذوق الجمالي وبعض المتغيرات النفسية الأخرى، رسالة ماجستير غير منشورة بكلية آداب طنطا.

47. ديان برادلي، مارغريت سيندر، ديان ستولك (2001) : الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة مفهومه وخلفيته النظرية، ترجمة / زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص وعبدالعزيز عبدالجبار . القاهرة . دار الكتاب الجامعي .

48. رشا محمد أحمد علي (1999) : مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين عقلياً فئة القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .

49. رمضان محمد القذافي (1996) : رعاية المتخلفين ذهنياً، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث

50. ــــــ (1997) : التوجيه والإرشاد النفسي، بيروت، دار الرواد

51. زيدان السرطاوي وكمال سالم سيسالم (1992) : المعاقون اكاديميا وسلوكيا خصائصهم واساليب تربيتهم، الرياض، مكتب الصفحات الذهبية .

52. زينب حسن أبو العلا (1990) : فعالية خدمة الفرد في تعديل الاتجاهات السالبة للأمهات نحو الإعاقة العقلية، فى المؤتمر العلمى الثانى، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، الفيوم.

53. زينب محمد السماحي (1999) : فاعلية العلاج الأسرى في خفض بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية النوعية ببور سعيد، جامعة قناة السويس .

54. زينب محمود شقير (2001) : الباثولوجيا الاجتماعية والمشكلات المعاصرة، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية .

55. سعد جلال (1992) : التوجيه النفسي والتربوي والمهني مع مقدمة عن التربية للاستثمار، الطبعة الثانية، القاهرة، دار الفكر العربى .

56. سعيد بن عبدالله دبيس (1998) : فاعلية التعزيز التفاعلي للسلوك الاخر في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا فئة القابلين للتعلم بالمملكة العربية السعودية، بحث مقدم لندوة علم النفس وآفاق التنمية فى دول مجلس التعاون الخليجى، كلية التربية، جامعة قطر .

57.ـــــــ (1999) : مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة المتوسطة، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 15، السنة الثامنة .

58. سلامة منصور عبد العال (1997) : دور الإرشاد الاسري في رعاية الأطفال المعوقين، مجلة معوقات الطفولة، العدد 6

59. سليمان الريحاني (1985) :التخلف العقلي، ط2، القاهرة، مطابع الدستور التجارية .

60. سمير ابو فغلي وعبد الحافظ سلامة (2002) : القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان، دار البازوردي العلمية للنشر والتوزيع.

61. سهير إبراهيم حلمي (1995) :مدى فاعلية استخدام الاسلوب الإرشادي الجماعي في تحسين السلوك اللاتوافقي لدى الأطفال المعاقين عقليا فئة القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس .

62. سهير كامل أحمد (1998) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب .

63. سهير محمد شاس (2002) : مدى فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية للأطفال المتخلفين عقليا، القاهرة، زهراء الشرق، الطبعة الأولى .

64. سهير محمود أمين (1997) : مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقلياً، المؤتمر الدولي الرابع، المركز الإرشادي النفسي بجامعة عين شمس .

65. سوسن إسماعيل عبد الرحمن (2002) : المناخ الأسري لدى اسر الأطفال المعاقين عقليا واسر الأطفال العاديين، دراسة فارقة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة .

66. شاكر عطية قنديل (1996) : الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقليا ومسئولية المرشد النفسي (دراسة تحليلية)، المؤتمر الدولى الثالث لمركز الإرشاد النفسي (23 25) ديسمبر، المجلد الثاني .

67. ـــــ (1998) : الإعاقة كظاهرة اجتماعية، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة 12/10: 1

68. صالح عبد الله هارون (1985) : أثر البرامج التربوية الخاصة في توافق المتخلفين عقليا في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية جامعة عين شمس

69. صبحي عبد الفتاح الكفوري (1995) : اثر برنامج للتدريب على مهارات التفاعل الايجابي، المؤتمر الثاني للعلوم التربوية والنفسية، التربية وتحديات البيئة الجزء الأول كلية التربية فرع كفر الشيخ جامعة طنطا

70. صديقة علي يوسف (2001) : برنامج مقترح لتنمية بعض متغيرات الإدراك الحسي / لتحين الأداء لدى الأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم)، المؤتمر العلمي السنوي، الطفل والبيئة، جامعة عين شمس في الفترة من 2425 مارس، ص ص 172 - 201

71. صلاح مراد، أمان محمود (1998) : الحالة المزاجية والخصائص السلوكية ومركزية الذات لدى الأطفال المتخلفين عقليا، المؤتمر الدولي الخامس كمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي والتنمية البشرية) جامعة عين شمس، ص ص 789 - 812 .

72. عادل سعد خليل حرب (1992) : مقارنة بين الخصائص المعرفية والاجتماعية للأطفال المتخلفين عقليا من فئة التخلف العقلي الخفيف والأطفال غير المتخلفين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .

73. عادل عبد الله محمد (2002) : جداول النشاط المصور للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقليا، القاهرة، دار الرشاد للنشر والتوزيع .

74. عادل عز الدين الأشول (1993) : الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا، مجلة الإرشاد النفسي، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي، العدد الاول .

75. عاطف مصطفي مكاوي (1991) : التخطيط لتدعيم الرعاية لأسرة المتخلفين عقليا، المؤتمر الخامس بكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة .

76. عايدة علي قاسم (1996) : مدى فعالية برنامج إرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس .

77. عباس إبراهيم متولي (1997) : دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى الأبناء ذوي السلوك العدواني وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى الأمهات، مجلة مكتبة التربية بدمياط، العدد 7، ج2، ج3، 3، 51 .

78. عبد الرحمن محمد العيسوي (1981) : دراسات سيكولوجية، القاهرة، دار المعارف .

79. ـــــ (1990) : علم النفس الطبيعي، الإسكندرية، منشأة المعارف .

80. عبد الرقيب أحمد إبراهيم البحيري (1981) : دراسة تحليلية لبعض أنماط السلوك اللاسوي عند المتخلفين في معاهد التربية الفكرية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أسيوط .

81. عبد الستار إبراهيم (1991) : القلق قيود من الوهم، كتاب الهلال، سلسلة شهرية، القاهرة، دار الهلال .

82. ـــــ (1993) : العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من تطبيقاته، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، سلسلة كتب عالم المعرفة، العدد (180) .

83. ـــــ (1994) : العلاج المعرفي السلوكي الحديث وأساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

84. عبد السلام عبد الغفار (1986) : سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة .

85. ـــــ (1996) : سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، القاهرة، دار النهضة .

86. عبد العظيم شحاتة مرسي (1990) : التأهيل المهني للمتخلفين عقليا، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

87. عبد اللطيف موسى عثمان (1989) : التخلف العقلي (الوقاية والعلاج)، القاهرة انترناشيونال برس .

88. عبد المطلب أمين القريطي (1997) : الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي .

89. ـــــ (2001): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3، القاهرة، دار الفكر العربي.

90. عبد الوهاب محمد كامل (1983) : التعلم وتنظيم السلوك، طنطا، المكتبة القومية الحديثة .

91. ـــــ (1990) : أثر المتغيرات الأسرية على خصائص التوافق لدى الأطفال، بحوث المؤتمر السنوي للطفل المصري ورعايته، طنطا، كلية التربية، ص 15

92. ـــــ (2002) : اتجاهات معاصرة في علم النفس، القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية .

93. عثمان لبيب فراج (2002) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة .

94. عصام نور سريه (2004) : سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة .

95. عفاف محمد عبدالمنعم (1991) : المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمدارس التأهيل الفكري، بحوث المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري، المجلد الثالث، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس .

96. علا عبد الباقي إبراهيم (1993) : التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة، الكتيب الثاني، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

97. ـــــ (2000) : الإعاقة العقلية، التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا، القاهرة، عالم الكتب .

98. علاء الدين أحمد كفافي (1999) : الإرشاد والعلاج النفسي والأسري، القاهرة، دار الفكر العربي .

99. ـــــ (1999) : الأطفال في ظروف صعبة (أطفال الأسر غير السوية)، المجلس العربي للطفولة والتنمية، جامعة القاهرة، معهد الدراسات التربوية، مركز دراسات الطفولة 20 - 25نوفمبر .

100. غريب عبد الفتاح غريب (2000) : علم الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية

101. فاروق محمد الروسان (2001) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين، عمان، دار الفكر العربي والنشر والتوزيع .

102. فاروق محمد صادق (1982) : سيكولوجية التخلف العقلي، جامعة الملك سعود، الرياض، عمادة شئون المكتبات.

103. فاروق محمد صادق (1985) : دليل مقياس السلوك التكيفي، ط2، القاهرة . مكتبة الانجلو المصرية

104. فاروق محمد صادق (1995): برامج التدخل العلاجية والوقائية للمعوقين في سن ما قبل المدرسة، بحوث ودراسات مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، إصدار اليوبيل الفضي للاتحاد، مارس

105. فاطمة عياد (2002) : مقارنة بين عينة من آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقليا وأخرى من آباء وأمهات الأطفال

العـاديين فـي مسـتوى القلـق والاكتئـاب وتقـدير الـذات، القاهرة، المجلد الثاني عشر، العدد الرابع .

106. فتحي السيد عبد الرحيم (1990) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ج 2، ط 2، الكويت، دار القلم .

107. فـؤاد عبـد اللطيف ابوحطـب (1983) : القـدرات العقليـة، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

108. فؤاد البهي السيد (1972) : الذكاء، القاهرة، دار الفكر العربي .

109. فؤاد البهي السيد (1979) : علم النفس الاحصائي، وقياس العقل البشري، القاهرة، دار الفكر العربي .

110. فيولا الببلاوي (1987) : مقياس القلق للأطفال، كراسة التعليمات، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

111. فيوليت فؤاد إبراهيم (1992) : دراسة مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري"، المجلد الثاني، رعاية الطفولة فى عقد حماية الطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس .

112. كمال إبراهيم مرسي (1970) : التخلف العقلي واثر الرعاية والتدريب، القاهرة، النهضة العربية .

113. ـــــ (1986) : سيكولوجية العدوان، الإمارات . دار النشر والتوزيع .

114. ـــــ (1994) : التدخل المبكر في رعاية المتخلف عقليا دور الإرشاد النفسي فيه، المؤتمر الأول لقضايا ومشكلات الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، ديسمبر.

115. ـــــ (1996) : مرجع في التخلف العقلي، الكويت، دار العلم .

116. ـــــ (1999) : مرجع في علم التخلف العقلي، ط 2، القاهرة، دار النشر للجامعات

117. كمال سالم سيسالم (1988) : الفروق الفردية لدي العاديين وغير العاديين، تقديم فاروق محمد صادق، الرياض، مكتبة الصفحات الذهبية .

118. لطفي الشربيني (2001) : الاكتئاب، المرض، والعلاج، الإسكندرية، منشأة المعارف .

119. لطفي بركات أحمد (1984) : الرعاية التربوية للمعوقين عقليا، الرياض، دار المريخ للنشر .

120. لويس كامل مليكه (1990) : التحليل النفسي والمنهج الانسانى فى العلاج النفسي، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

121. ليلى أحمد كرم الدين (1995) : نموذج لبرنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم) بمدارس التربية الفكرية، القاهرة، المؤتمر الاول للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم ص ص 224 – 265 .

122. مجدي أحمد محمد عبدالله (2000) : علم النفس المرضي دراسة الشخصية بين السواء والاضطراب، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .

123. محمد السيد عبدالرحمن (1998) : نظريات الشخصية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر .

124. ـــــ (2000) : علم الأعراض النفسية والعقلية، الكتاب الأول، الجزء الثاني، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر .

125. محمد بيومي حسن وسميرة محمد شندي (2000) : دراسات معاصرة في سيكولوجية الطفولة، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق .

126. محمود عبد الرحمن حمودة (1991) : الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية، كلية الطب جامعة الأزهر.

127. محمد عبدالظاهر الطيب (1984) : العلاقة بين قلق الامتحان والعصابية لدى الجنسين، كراسة تعليمات اختبار قلق الامتحان، الإسكندرية، دار المعارف.

128. ـــــ (1994) : مبادئ الصحة النفسية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .

129. محمد عودة . كمال إبراهيم مرسي (1986) : الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، الكويت، دار القلم .

130. محمد ماهر محمود عمر (1988) : سيكولوجية العلاقات الاجتماعية، الكويت، دار المعرفة

131. ـــــ (1992) : المقابلة في الإرشاد والعلاج السلوكي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية

132. محمد محروس الشناوي (1994) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب للطباعة .

133. ـــــ (1996) : العملية الإرشادية والعلاجية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

134. ـــــ (1997) :التخلف العقلي : الأسباب، التشخيص، البرامج، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

135. ـــــ، محمد السيد عبدالرحمن (1998) : موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي نظرية الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب .

136. محمد محمد شوكت (1992) : دراسة للسلوك التكيفي لدى المتخلفين والمتخلفات عقليا من حيث علاقته باتجاهات

الأمهات في التنشئة، الرياض، المؤتمر السعودي الأول للجمعية السعودية لدعاية الأطفال المعوقين .

137. محمود محمد منير (2003) : استخدام دليل للممارسة المهنية في العمل مع جماعات الأطفال المعاقين ذهنيا لإدماجهم بالمجتمع، دراسة تجريبية مطبقة بجمعية الوفاء للتنمية والتأهيل الاجتماعي بالإسكندرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية .

138. مصري عبد الحميد حنورة وكمال إبراهيم مرسي (1992) : مقياس ستانفورد بينية الذكاء : الصورة الثالثة، ط2، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية

139. مصري عبد الحميد حنورة (2001) : مقياس بينية العرب للذكاء ط4 . المرشد العلمي للتطبيق وحساب الدرجات وكتابة التقرير، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

140. مصطفى فهمي (1976) : التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة، مكتبة الخانجي .

141. ممدوحة محمد سلامة (1984) : أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .

142. ـــــــ وعبدالله عسكر (1992) : علم النفس الاكلينيكي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية .

143. مواهب إبراهيم عياد و نعمة مصطفى رقبان (1995) : دراسة تقويمية لمستوى الأداء المهاري لعينة من الأطفال المعاقين عقلياً للتعلم من خلال برنامج تدريبي على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، المؤتمر الدولى الثانى كمركز الإرشاد النفسي (الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة) القاهرة (25 – 27 ديسمبر) .

144. نادر فهمي الزيود (1991) : تعليم الأطفال المتخلفين عقليا، ط2، عمان، الأردن، دار الفكر للنشر والتوزيع .

145. نادية بنا (1990) : مساعدة الأسرة من خلال برنامج التدخل المبكر، القاهرة، مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر .

146. هشام إبراهيم عبدالله (1991) : أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق .

147. وفاء عبدالجواد، عزة خليل عبد الفتاح (1999) : فاعلية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً، مجلة علم النفس، العدد الخمسون، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 88 108 .

148. وليد السيد أحمد خليفة (2005) : فاعلية برنامج باستخدام الكمبيوتر لتجهيز المعلومات في تحسين عمليتي الجمع والطرح لدى الأطفال المتخلفين عقليا (القابلين للتعلم)، رسالة دكتوراة غير منشورة كلية التربية، جامعة الزقازيق .

149. يارا فهمي سالم محمد (2003) : فعالية برنامج إرشادي جماعي لأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً « القابلين للتعلم » لتنمية المهارات اللغوية لديهم في مرحلة ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، فرع كفرالشيخ.

149.Ann, M, & Jan, B,(1992): Mothers and Fathers Perception of Stress and Coping with Children Who Have Severe Disabilities,American Journal on Mental Retardation Vol.(7),P. 99-100.

150.Barabara,H (1996) : Children with and Without Disabilities. Paper presented at the annual conference of the American Education, a research association, New York, April, PP 8-12.

151.Carpiniello, B & Peros, A . &Pariante,C (1995) : Psychiatric Morbidity and Family Burden Among Parents of Disabled Children,Psychiatric, Sep,46(9),PP.940-942

152.Claire ,S . (1995) : Enhancing the Recognition and Production of Facial Expressions of Emotion by Children with Mental Retardation. Research in Development Disabilities, Vol, 16, No.5, PP,82- 365.

153.Crossmen, T.(1983) : Classification in Mental Retardation-American association on mental deficiency-Washington.

154.Datlilio, F & Ferrman, A(1994) : Cognitive Behavior and Strategies in Crisis Intervention .the Guilford press. New York-USA.

155.Dave, V,(1993) : Evaluation of BR-16-A(Mentat) in Cognitive and Behavioral Dysfunction of Mentally Retarded Children. Center of research in mental retardation. Indian society.Vol. 60, No. 3. PP 233-227.

156.David,G. Myers,T,(1983): Social Psychology .MC Grow- Hill Book Company-New York.

157. David,P ,Shelly ,K (1986): Personal and Social resources in Children of Patients with Bipolar Affecting Disorder and Children of Normal Subjects. American psychiatric association.Vol.143 PP. 494-507.

158.Davidson,P.(1994): Characteristics of Community Based Individuals with Mental Retardation and Aggressive Behavioral Disorders. America Journal on mental retardation.

159.Dianae, P.& Sally, W. (1997): A Child Work in Family Through Adolescences. Library of Congress USA 4 th ed.

160.Douma,J,C, H & Dekker, M.(2006): Supporting Parents of Youths with intellectual disabilities and Psychopathology. Journal of intellectual disability research. Vol. 50 No. 8. P 570- 581 . Aug.

161.Erickson, B.(2000) : Slipping on Ice: The Relationship Between Verbal Skills Aggression and Self-Esteem in Men with Cerebral Palsy and Mental Retardation. Paper presented at the annual meeting of the American association on mental retardation. 12- Washington , D,C.

162.Fee, V,(1990): Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Among Mentally retarded Children. Mississippi State University, Vol, 15. No.1 , PP 67-79.

163.Frank, T, & Brumo,S,(1992): The Family Encyclopedia of Child Psychology and Development .Caures ompanies. U.S.A.

164.Ganshe ,F, & Combs,T(1987): The Effects of Fitness Training and Reinforcement on Malad-aptive Behaviors of Institutionalized Adults Classified as Mentally Retarded Emotionally Disturbed ,. Education and Training, Mental Retardation . Dec . Vol. 22(4) P. 268- 279)

165.Gencoz,F,(1997): The Effects of Basket ball training on The Maladaptive Behaviors of Trainable Mentally Retarded Children. Department of Psychology. Middle East Technical University. Ankara-Turkey, Vol. 18. No. 1. PP 1-10

166.George,S.(1986): Mental Retardation: Natural Causes and Management Hemisphere. Publishing corporation Washington, P.2.

167.Goe,D & Alan,M(1994): An Investigation of Behavior Problems of Children with Down Syndrome and Their Relationship to Life Events(Mental Retardation). DAI- B 65/03 P. 1644. Sep. The Louisiana state university and Agricultural and Mecha-nical Col.

168.Grosser,S & Spafford, B (1995) : Physiological Psychology Dictionary. U.S.A. Mc-Graw- Hil Inc.

169.Gumpel, T. (1994) : Social Competence and Social Skills Training for Persons with Mental Retardation: An Expansion of a behave-ioral Paradigm. Education and develop-pmental disabilities .Vol, 29 No.3. PP. 194- 201.

170.Hawkins,S(1994): Mental Retardation Children-Eric Clearing house on Disabilities and gifted Education restan VAP(15).

171.Holden,B & Gitlsen,J (2006): A Research in Developmental Disabilities. Multidisci-plinary journal, Vol 27 N 4 PP. 456- 465. Jul-Aug.

172.Humes,R(1980): A School Study of Group Counseling with Educable Retarded Adolescent. PP.257-282 in the guidance of

exceptional children. 2 Nd edition- a book of reading edited by John Curtis and others, New York.

173.Ian,H & Constancel, H (1992): Psychological Aspects of Depression. England John Widely & Sons Ltd.

174.Jack,L(1991): Mental Disorder-Its care. and Treatment. Builpict Trindacll , Landan.

175.Kobe, F & Hammer, D (1994) : Parenting Stress and Depression in Children with Mental Retardation and Developmental Disabil-ities. A research in developmental disabilities. Vol 15 Pp.209-221.

176.Kelly,T & kropf,N(1995): Stigmatized and Perpetual Parents: Older Parents Caring for Adult Children with Life –Long Disabilities. Journal of Chronological social work, Vol,24(1-2)PP.3-16.

177.Kevinl,B(1995): Developmental Disabilities Definitions and Policies in Encyclopedia of Social Work. 19th ed Washington NASW press. Vol. 15. P 713.

178.Lewinshon,P & Talkinglan,S(1979): Studies on the Measurement of Unpleasant Events and Relations with Depression-Applied psychological Measurement .Vol, PP- 83- 101

179.Linda,N(1996): Adolescence Contemporary View. Library of Congress .U.S.A 3 ed.

180.Linkar,OM(1994): Assaultiveness among Institution-alized Adults with Mental Retardation. British journal of psychiatry.

181.Luria,W.(1983): Language intervention Retarded to Retarded Child Through Cognitive behavior. . journal of special education. Vol,119. p 10

182.Marsella,A (1996): Depression in R Corsini,A Auerbach(EDs) Concise encyclopedia – Psychology second edition.(242-245)-New York. A wilkley- Tntec science publication.

183.Medermot,S & Andersen,D(1997):Does Residential placement of adult Children with Mental Retardation indurance the burdens and gratification of their mothers? Aulet Residential Sourmal(2)(102-104)

184.Michael,J & Saks,f (1988): Social Psychology and Its Application. Harper & Row Publishers.. Inc New York.

185.Mickeal, E & Douglas, G(1985) : Patterns of Maladjustment among Mentally Retarded Children and Youth. American journal of mental deficiency. Vol, 191 No. 2 PP124-134.

186.Neilr,C(1993):Psychology the Science of Behavior- Four Edition- Allyn and Bacon – Boston.

187.Nishida,K, & Kuroda,F(2003): A study of Psychological Problems After Leaving

Destructive Cults: The Effects of the Progress Period After Leaving and Counseling. Japanese-Journal of social Psychology. Vol18(3) , PP 192- 203.

188.Novkovic,M (2000): Psycho-Social Education As A Model of Psychosocial Aid & Community Support. Psychosocial Consequences of War- PP 103- 104.

189.Philip,S(1996): A History of Childhood and Disability Teachers. College press ,New york.

190.Prehm,H & Mayfield, T(1979): Spaired Associated Learning and Retention Retarded and Non Retarded Children. American journal of mental deficiency.

191.Rabeet,H (1996): Medical Problems in The Classroom- The Teacher's Role in Diagnosis and Management. Third schoalcrek belvd Austin edition.

192.Rebert,I & Gibson,F (1983): Development and Management of Counseling Programs and Guidance Services. Macmillan Publishing Colmc.

193.Regan,S (1989): The Effects of Grief counseling on Elderly Persons with mental Retardation. Vol. 28-03 of dissertation abstracts international.

194.Richard,H,Cox(1990): Sport Psychology Concepts and Applications. Second edition wm.c Brown publishers.

195.Stratton,H & Hayes,T(!999): A Student's Dictionary of Psychology .third edition London Arnold.

196.Sukhodolsky,D & Cardona,L , Martin,A (2005) : Child Psychiatry and Human Development. Vol 36 N 2 PP 77-193.

197.Swanson,S & Howell,C(!996): Test Anxiety in Adolescents with learning Disabilities and Behavior Disorders.

198.Takahashi,K(1994): Counseling Approach to Non- adaptive Behavior in An Institutionalized Child with Mental Retardation. Japanese journal of special education. Vol 31, No. 5 Pp 47- 53.

199.Walz,N(1996): Labeling and Discrimination of Facial Expressions by Aggressive and Non-Aggressive men with Mental Retardation. American journal Articles Vol. 101 No. 3. PP 91-282

200.Woodard,C & Waddell,N (!993):The Non-invasive Positive Treatment of Severty and Profoundly Retarded Clients with Serious Behavioral Problems(Gentle Teaching) University of South Cartotin.


المحتويات



فهرس الجداول

رقم الصفحة	الموضوع

الموضوع	رقم الصفحة

فهرس الأشكال

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة



رقم الإيداع : 2014/3466

الترقيم الدولي : 9-108- 735-977-978

مع تحيات

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس: 5404480 - الإسكندرية








Bibliotheca Alexandrina
1240500
الناشر
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر
٥٩ ش محمود صدقي متفرع من العيسوي سيدي بشر - الإسكندرية
تليفاكس: ٠٠٢٠٣/٥٤٠٤٤٨٠ - الاسكندرية
ISBN: 977 - 735 - 108 - 9
9 789777 351089